

# Sinostosis radio-cubital proximal, a propósito de un caso.

Carreño Felices, MJ; Baños Turza, R; Santos Becerra, JJ; Díaz Venega, B; Núñez de Prado López, I  
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Centro Sanitario de Vida y Esperanza – Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

## OBJETIVO

Descripción y estudio de un caso clínico y revisión de la literatura relacionada.

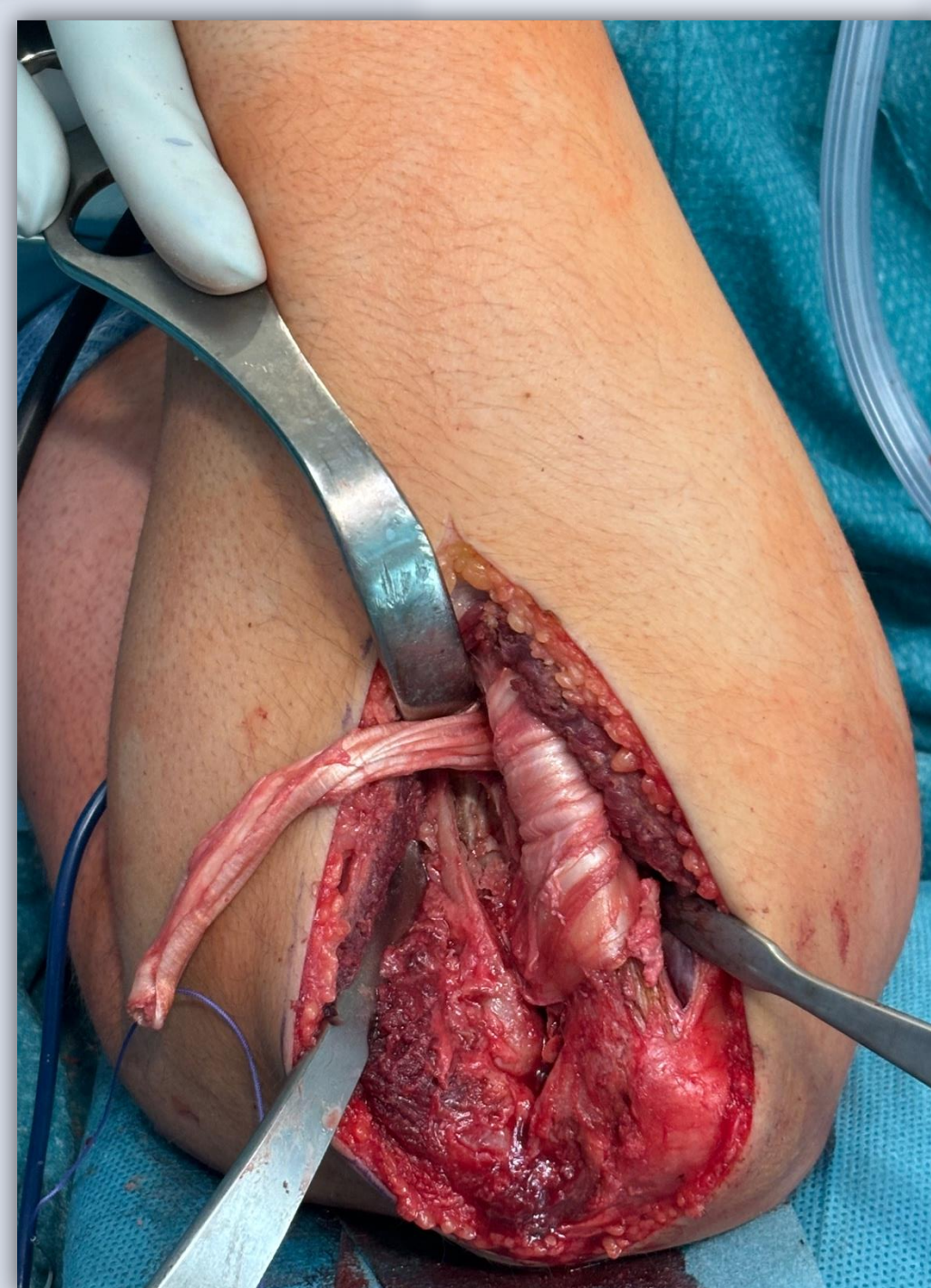
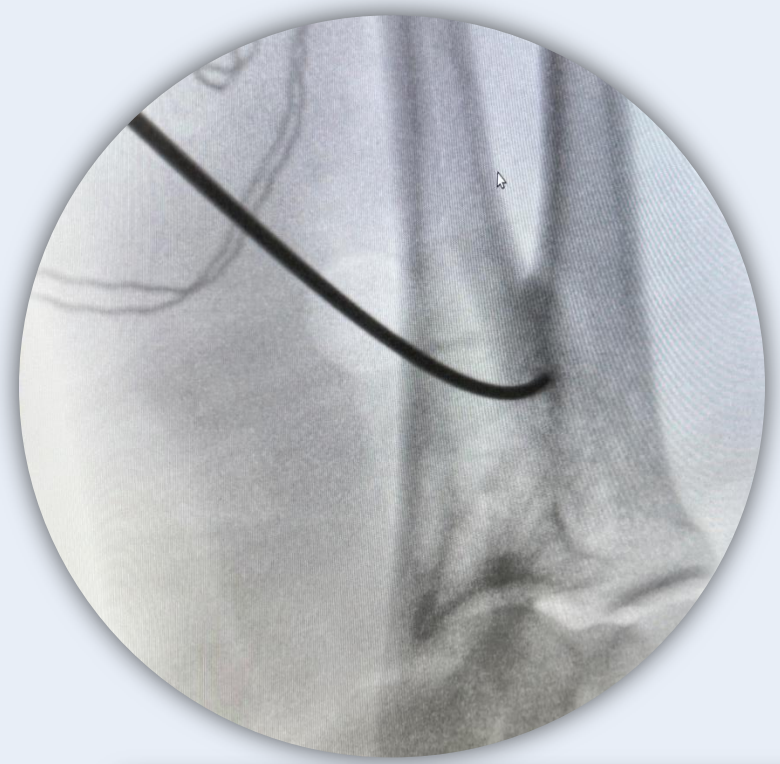
## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente varón de 22 años en seguimiento por **sinostosis radio-cubital proximal** derecha desde 2024, tras diagnóstico radiográfico incidental ante dolor en muñeca derecha sin traumatismo asociado. En TC de antebrazo se aprecia, además, varianza cubital positiva e hipertrofia de estiloides cubital. Refiere dolor en muñeca crónico reagudizado y déficit en la prono-supinación (P: 10º y S: 10º).

## RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente mediante **resección de la sinostosis radio-cubital proximal** e **interposición de aloinjerto de fascia lata**. Como complicación, presenta sospecha de parálisis del nervio radial.

Actualmente, presenta mejoría en la pronosupinación (P: 40º y S: 40º), continuando en tratamiento rehabilitador. Persiste parálisis del extensor común de los dedos y EPL, resto conservado. Se realiza el estudio neurofisiológico, apreciándose afectación motora axonal del nervio radial, con datos de reinervación colateral (probable nivel lesional distal a la rama del músculo braquiorradial).



## CONCLUSIONES

- La **sinostosis radio-cubital proximal** puede ser congénita (es rara y suele asociarse a anomalías genéticas o del desarrollo, más frecuente en varones 2:1, siendo bilaterales el 60-70%) o adquirida (es más frecuente y puede resultar de traumatismos, cirugías previas o infecciones). Generalmente, asocian limitación en la pronosupinación del antebrazo. El dolor no siempre está presente, siendo más frecuente en casos de sinostosis adquirida.
- El **diagnóstico** se puede realizar mediante radiografía simple, asociándose la RM y TC para evaluar la extensión y características de la lesión.
- El **tratamiento** es **conservador** en casos leves o asintomáticos, mediante terapia ocupacional y fisioterapia para mejorar la funcionalidad y compensar la limitación de movimiento.
- El **tratamiento quirúrgico** está indicado en casos sintomáticos o con limitación funcional severa. Las técnicas incluyen la resección de la sinostosis y la interposición de tejido blando para prevenir la recurrencia. Las complicaciones pueden incluir recurrencia de la sinostosis, rigidez articular, lesión nerviosa y/o vascular y limitación residual del movimiento.
- En general, los **pacientes jóvenes** con sinostosis **congénita** tienen mejores resultados que aquellos con sinostosis adquirida. La **fisioterapia postoperatoria** es crucial para maximizar la recuperación del rango de movimiento y fuerza muscular, especialmente en sinostosis adquirida.