

# Recuperando la función: reparación complejo fibrocartilago triangular con osteotomía de radio tras secuela de fractura

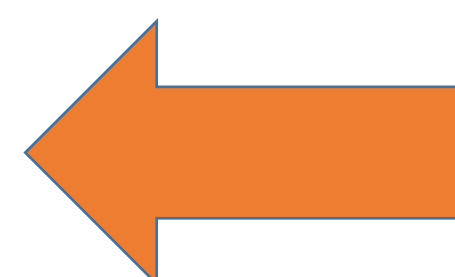
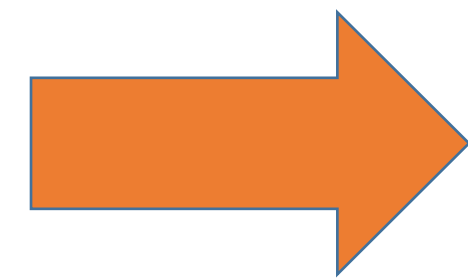
ARTURO PÉREZ PÉREZ, RODRIGO REYES TORRES, MARIA FERNANDA GALINDO FLORES, EVA LOPEZ SORROCHE

## Introducción:

La fractura del extremo distal del radio es una de las más comunes, representando una sexta parte de todas las fracturas corporales<sup>1</sup>. Una complicación frecuente en este tipo de fractura es la lesión del fibrocartilago triangular (CFCT), que afecta entre el 39% y el 84% de los casos, siendo más relevante en fracturas con angulación dorsal mayor a 32 grados<sup>2</sup>. La consolidación viciosa y la osteotomía de radio requieren especial atención, ya que un retraso en la corrección quirúrgica puede afectar negativamente los resultados a largo plazo.

## Caso:

mujer de 44 años con una fractura intrarticular distal del radio tratada inicialmente de forma conservadora con yeso. Durante el seguimiento, se observa acortamiento radial con varianza cubital positiva, inestabilidad radio-cubital distal y dolor en el área del CFCT y el ECU. Los estudios complementarios, como la RMN y las radiografías comparativas, no muestran otras lesiones. Tras un intento de tratamiento conservador sin mejoría, se opta por una intervención quirúrgica.



## Decisión quirúrgica

Se realizó una osteotomía de adición radial para restaurar la altura del radio mediante un abordaje de Orbay. Posteriormente, se practicó una artroscopia de muñeca, donde se detectó una lesión no reparable según la clasificación de Atzei 4. Ante esto, se realizó una plastia con el tendón de Palmaris Longus, y se crearon túneles dorsal, volar y en el cúbito para la reconstrucción del ligamento radio-cubital. La plastia se suturó al periostio cubital utilizando implante de fijación todo en uno.

## Conclusiones:

La osteotomía de radio busca corregir el alineamiento original y mejorar la funcionalidad, especialmente en casos de malunión<sup>4</sup> o dolor asociado a la deformidad. La osteotomía de acortamiento del cúbito se considera más adecuada cuando el dolor se localiza en esa área específica y no en toda la muñeca, especialmente cuando no hay deformidades complejas<sup>5</sup>.

La reparación del CFCT se realiza principalmente en presencia de inestabilidad radio-cubital distal, dolor crónico o agudo en la muñeca, y una varianza cubital positiva de 2-3 mm<sup>6</sup>. En lesiones crónicas, se prefiere la ligamentoplastia en lugar de la reparación directa.

La artroscopia es una técnica confiable para el manejo diagnóstico y terapéutico de las lesiones del CFCT, ya que se asocia con menor rigidez articular en comparación con la cirugía abierta.