

**Luxación radiocubital distal aguda. Revisión del tema**

**Acute Radiocubital distal Luxation Review of the topic.**

**Dr. Lázaro Sánchez Olazabal, Dr. Alejandro Alvarez López ; Dr. Carlos Casanova Morote.**

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech.  
Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Aunque la luxación radio - cubital distal aguda no es una lesión frecuente, en ocasiones se presentan dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Con esta revisión abordamos aspectos en cuanto a la anatomía de la región, clasificación, diagnóstico, medios radiológicos y tratamiento de esta entidad. En cuanto a la clasificación utilizada quisimos hacer referencia a la más útil, que marca a las lesiones asociadas más frecuentes. Atendiendo al tratamiento a utilizar se señalan las modalidades conservadoras y quirúrgicas, así como las complicaciones más llamativas.

**DeCS:** LUXACIONES/diagnóstico; LUXACIONES/terapia; LUXACIONES/clasificación  
LUXACIONES/radiografía; LUXACIONES/complicaciones.

**ABSTRACT**

Although acute radiocubital distal luxation is not a frequent lesion, sometimes difficulties occur in its diagnosis and treatment. With this study we cover aspects related with the anatomy of the region, classification, diagnosis, radiological means and treatment of this entity. As to the classification used, we wanted to make reference to the more useful one which marks the more frequent associated

lesions. Referring to the treatment to be used, conservative and surgical modalities, as well as the more relevant complications are stressed.

**DeCS:** DISLOCATIONS/diagnosis; DISLOCATIONS/therapy;  
DISLOCATIONS/classification; DISLOCATIONS/radiography;  
DISLOCATIONS/complications.

## INTRODUCCIÓN

Se conoce muy bien que la luxación radio- cubital distal aguda (LRCDA) es una lesión observada con poca frecuencia en nuestros servicios de urgencia. Sus síntomas en ocasiones son escasos, especialmente cuando está asociada a otras lesiones que pueden enmascarar su clínica. No obstante, el cirujano ortopédico debe de tener una alta sospecha de la misma, ya que en ocasiones puede pasar inadvertida y conducir a complicaciones post-traumáticas incapacitantes.

### Anatomía

La LRCDA ocurre en una variedad de situaciones clínicas. Puede presentarse como un fenómeno aislado o estar asociada a lesiones, por ejemplo: fracturas de la cúpula radial, porción distal del radio, ambos huesos del antebrazo, luxaciones del codo y otras.<sup>1, 2, 3</sup>

Dos elementos anatómicos son indispensables para mantener la estabilidad de la articulación radio - cubital distal (ARCD). El primero representado por el ligamento colateral ulnar y el segundo por el complejo fibrocartilaginoso triangular (CFT), el cual fue descrito por Palmer y Werner: está formado por el fibrocartílago triangular o disco articular, menisco carpo ulnar, ligamento radiocarpiano dorsal y volar, además de la vaina tendinosa del extensor ulnar del carpo. Este CFT se puede desgarrar a nivel de su inserción radial, cubital o en su centro.<sup>1, 3, 4</sup>

En condiciones anatómicas normales el radio se desplaza volarmente en pronación y dorsalmente en supinación. Aunque el radio rota alrededor del cúbito, es anatómicamente correcto hablar de luxación del radio con respecto al cúbito. Sin embargo, convencionalmente se usa el término luxación dorsal o volar del cúbito.<sup>1, 3, 5</sup>

### Clasificación

Preferimos utilizar la clasificación de James 1995 por ser sencilla, práctica y orientadora respecto al tratamiento.

**Tipo I:** Lesiones aisladas, son infrecuentes y a su vez pueden ser: (1)

A. Dorsales: debido a un movimiento de hiperpronación, son las más frecuentes de las lesiones aisladas.

B. Volares: son causadas por un mecanismo de hipersupinación.

**Tipo II:** Lesiones asociadas a:

A. Fractura de Esser - Lopresti

B. Fractura de Galeazzi

C. Fractura de ambos huesos del antebrazo

D. Fracturas del extremo distal del radio

E. Luxación de codo

## **Diagnóstico**

### **I. Manifestaciones clínicas**

Los dos elementos fundamentales son el dolor y la deformidad:

La luxación dorsal aislada tiene una prominencia en ese sentido del extremo distal del cúbito, con una dolorosa y limitada supinación, la cual en ocasiones está bloqueada. <sup>1, 3, 6</sup>

La luxación volar aislada tiene una prominencia en ese sentido, la pronación es dolorosa, limitada y en ocasiones está bloqueada. <sup>1, 3, 6</sup>

Los desgarros de CFT y fracturas osteocondrales pueden presentar crepitación, sensación de click en la articulación y dolor en una posición específica de rotación de la muñeca. <sup>1, 3, 7, 8</sup>

En caso que sea una lesión asociada todos los elementos anteriores se suman al cuadro clínico de las fracturas descritas. <sup>3</sup>

### **II. Radiología**

Se necesita un completo examen radiológico del antebrazo que incluye las vistas pósterio-anterior y lateral del antebrazo en las cuales podamos observar la articulación de la muñeca y el codo. <sup>1, 3, 9</sup>

En la vista pósterio-anterior, en caso de una luxación volar, el cúbito presenta desplazamiento radial. Cuando es una lesión de tipo dorsal hay aumento de la distancia entre el radio y el cúbito. En esta proyección radiológica observamos con frecuencia la fractura del estiloides cubital que puede ser a nivel de la punta, la porción media o la base, esta última altamente sugestiva de desgarró de CFT. <sup>1, 10, 11</sup>.

La vista lateral es importante para evaluar el desplazamiento volar o dorsal. Los cuatro últimos metacarpianos deben estar alineados para garantizar una buena posición. <sup>1, 3, 10, 11</sup>

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es de gran valor para evaluar la congruencia de la superficie articular radiocubital distal. Puede ser de gran ayuda cuando el paciente presenta dolor persistente y deformidad después del trauma. <sup>1, 3</sup>

La TAC en posición de pronación es ideal para detectar luxación o sub-luxación volar. La posición neutra del antebrazo es la mejor para detectar luxación o sub-luxación dorsal. Para evaluar la reducción la mejor vista es en la posición de supinación del antebrazo. <sup>1, 3</sup>

### **Tratamiento**

Preferimos dividir estas lesiones para su tratamiento en simples y complejas según propone James D. Brucner 1995. <sup>1</sup>

Las luxaciones simples son aquellas en que la reducción es fácil mediante una maniobra apropiada o después de realizar la reducción de una fractura del antebrazo asociada. <sup>1</sup>

La luxación aguda dorsal aislada es usualmente reducida utilizando anestesia local, el antebrazo en supinación y aplicando presión directa sobre la cabeza cubital. <sup>1, 3, 11</sup>

La luxación aguda volar aislada es más difícil de reducir debido a la fuerza deformante del pronador cuadrado. En estas circunstancias el cúbito se inmoviliza en pronación con ligera proyección cubital y dorsal de la muñeca. <sup>1, 3</sup>

En ocasiones es necesaria anestesia regional para garantizar adecuada relajación muscular y alivio del dolor durante la reducción. Se debe inmovilizar en supinación del antebrazo en caso de luxación dorsal y en pronación para las volares. Se recomiendan seis semanas de inmovilización con férula braquial para permitir la cicatrización del CFT. <sup>1, 3</sup>

En caso de una luxación simple acompañada de fracturas del antebrazo, ambas lesiones deben ser tratadas al mismo tiempo. <sup>1, 3</sup>

Cuando se asocia a una lesión de Essex - Lopresti debe hacerse todo lo posible para estabilizar la cúpula radial. Si la cúpula está severamente conminutiva y no es reparable, es preferible su reposición con prótesis de silicona. En algunas ocasiones es necesario pasar un Kirschner del cúbito al radio para mantener la reducción. <sup>1, 12, 13</sup>

Las fracturas del extremo distal del radio causan generalmente luxación volar del cúbito. Una angulación mayor de 20 grados en la vista pósterio-anterior puede representar una incongruencia significativa de la articulación, creando distorsión del CFT, alterando de esta manera la cinemática de la articulación. <sup>1, 4, 14</sup>

La luxofractura de Galeazzi requiere reducción precisa y fijación rígida, mientras que la reparación de CFT no es necesaria, a menos que exista gran inestabilidad. Este tipo de luxofractura causa luxación volar por lo que el antebrazo se inmoviliza en cierta posición de supinación.

En ocasiones las fracturas de ambos huesos del antebrazo se pueden acompañar de LRCDA según Golbert hasta un 60% de los casos. <sup>7, 14</sup>

Todas las LRCDA simples a su vez pueden subdividirse en estables e inestables. <sup>1</sup>

Las lesiones estables son aquellas en que no ocurre nuevamente la luxación después de la reducción o la fijación de la fractura. <sup>1</sup>

Son inestables cuando a pesar de la fijación se vuelve a luxar. En esta ocasión se recomienda el uso de un alambre Kirschner del cúbito al radio paralelo a la articulación radiocarpiana. Antes de la colocación del alambre, el antebrazo se coloca en posición de supinación para la luxación dorsal y en pronación en caso de luxación volar. Se inmoviliza por un período de seis semanas para evitar la ruptura del Kirschner el cual se retira en este tiempo, después de lo cual se comienza la rehabilitación. <sup>1, 13, 15</sup>

Por otra parte, las luxaciones complejas son aquellas que son irreductibles con tendencia a la luxación o subluxación recurrente que se debe a interposición de partes blandas, las cuales pueden ser: el extensor ulnar del carpo, extensor común del cuarto y quinto dedos, flexor del pulgar y en ocasiones más raras el propio nervio mediano. La reducción es abierta y se realiza la reparación del CFT, liberar las partes blandas interpuestas y la fijación con un Kirschner de la articulación, así como de las fracturas asociadas si las mismas están presentes. <sup>1, 15</sup>

### **Complicaciones**

Fracturas osteocondrales del radio, del cúbito o ambas, desgarros del CFT, interposición de partes blandas, irritación del nervio cubital en el canal de Guyon, fracturas proximales no diagnosticadas del antebrazo, así como luxación o subluxación recurrente son las complicaciones más encontradas en esta entidad.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. James D Bruckner. Acute Dislocations of the distal radio - ulnar joint. J Bone Joint Surg 1995; 77-A:958-67.
2. Brian D Adams. Distal radio - ulnar joint Inestability AAOS Instructional Course Lectures. 1998;47:209-213.
3. Rockwood CA Jr. Fractures in Adult. Philadelphia: JB. Lippincot; 1984. vol 1.P.444-50.
4. Jesse B Jupiter, Diego L Fernandez. Intra - articular fractures of the distal radius. Contemporary Perspectives. AAOS Instructional Course Lectures 1998.P.191-202.

5. Hargett CG. The Distal radioulnar joint in relation to the whole forearm. Clin Orthop 1992;275:56-64.
6. Drewniany JJ, Palmer AK. Injuries to the distal radioulnar joint. Orthop Clin North America 1986;17:451-59.
7. Reckling FW. Unstable fracture - Dislocation of the forearm (Monteggia and Galeazzi lesions). J. Bone Joint Surg 1982;64-A:857-63.
8. Thomas E Trumble, Randal Culp. Intra - Articular fractures of the distal aspect radius. J. Bone Joint Surg 1998;80-A:582-600.
9. Crenshaw AH. Campbell's Operative Orthopaedics. 7ed. St Louis: The C. V. Mosby; 1987;2150-53.
10. Popowitz M. Anterior dislocation of the ulna at the inferior radioulnar joint. Mt. Sinai, 1972;89:521-525.
11. Palmer AK. The distal radioulnar joint. Orthop. Clin. North. America 1984;15:321-335.
12. Alexander AH. Bilateral traumatic dislocation of the distal radioulnar joint, ulna dorsal: case report and review of the literature. Clin. Orthop 1977;129:238-244.
13. Dameron TB Jr. Traumatic dislocation of the distal radio - ulnar joint. Clin. Orthop. 1972;83:55-63.
14. Dell PC. Traumatic disorders of the distal radioulnar joint. Clin. Sport. Med. 1992;11:141-159.
15. Hanel DP, Scheid DK. Irreducible fracture - dislocation of the distal radio - ulnar joint secondary to entrapment of the extensor carpi ulnaris tendon. Clin. Orthop 1988;234:56-60.

*Dr. Lázaro Sánchez Olazábal.* Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.