



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2014

Nº 6



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Editorial

Código deontológico: compromisos y obligaciones de la profesión médica. Luis Ciprés Casasnovas

5

Colaboración científica

Médicos de familia ¿hasta aquí hemos llegado? Carlos Izquierdo Clemente

7

Originales

Hábito tabáquico entre los profesionales de los centros de salud del sector Teruel. B. Sanchis Yago / C. Izquierdo Clemente / C. Iannuzzelli Barroso / C. López Mas / S. Valdearcos Enguidanos / E. García López

Análisis de los tiempos quirúrgicos de las intervenciones de cirugía general y digestivo. J. Martín Pérez

Revisión de la eficacia de pautas de dosificación off-label de fármacos biológicos en psoriasis. A. González Álvarez / E. Giner Serret / V. Caballero Pérez / F. Rodilla Calvelo

12

Notas Clínicas

Glomerulonefritis post-estreptocócica en la infancia. A propósito de tres casos. V. Caballero Pérez / L. Gracia Torralba / E. Carlos López Soler / A. González Álvarez

Absceso cerebral por quemadura eléctrica; una rara complicación. M. León Escalante / W. Pita Merejildo / V. Suárez Contreras / C. Iannuzzelli Barroso

Síndrome de Marshall como causa de fiebre recurrente, a propósito de dos casos. J. Astudillo Cobos / I. Sirbu / O. Myronenko / P. Sanz de Miguel

Paciente con traumatismo y dolor en muñeca. A propósito de dos casos. M. Osca Guadalajara / M^a P. Muñesa Herrero / A. Castro Sauras / J. V. Díaz Martínez

Dolor persistente en muñeca tras traumatismo de 4 meses de evolución. J.V. Díaz Martínez / J.J. Ballester Gimenez / A. Castro Sauras / M. Osca Guadalajara

Dolor torácico. Síndrome de Boerhaave. E. C. López Soler / F. Rodero Álvarez / C. López Mas

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso. C. Blanco Pino / F. J. Esteban Fuentes / M. Oset García / D. Soffiantini

37

Vocalía de Jubilados

Emponderamiento en torno al mayor ante el conflicto económico del desequilibrio demográfico. J. Sánchez Padilla

73

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Concurso Navideño 2014

81

DOLOR PERSISTENTE EN MUÑECA TRAS TRAUMATISMO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN

Dr. Jose Vicente Díaz Martínez / Dr. Juan Jose Ballester Gimenez / Dr. Angel Castro Sauras / Dra. Marta Osca Guadalajara

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología . Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La patología postraumática de la articulación radiocubital distal, es un problema frecuente y de difícil tratamiento, sobre todo en aquellos casos que pasan desapercibidos inicialmente y se cronifican.

A continuación presentamos una paciente con una inestabilidad crónica postraumática de la articulación radiocubital distal tratada quirúrgicamente mediante una técnica de reconstrucción ligamentosa de forma satisfactoria.

PALABRAS CLAVE

Inestabilidad, articulación radiocubital distal.

LINGERING WRIST PAIN AFTER FOUR MONTHS EVOLUTION TRAUMATIC EPISODE

ABSTRACT

Distal radioulnar joint posttraumatic pathology, is a common and difficult problem to treat, especially in cases that go unnoticed initially and become chronic.

We present a patient with chronic posttraumatic instability of the distal radioulnar joint treated by surgical treatment with a ligament reconstruction technique successfully.

KEY WORDS

Instability, radioulnar joint

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de una paciente con una inestabilidad crónica de la articulación radiocubital distal, tratada de forma quirúrgica con técnica de reconstrucción ligamentosa. Esta patología constituye una entidad de difícil tratamiento cuyo pronóstico depende del acto quirúrgico realizado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años de edad sin antecedentes médico - quirúrgicos de interés, no alergias medicamentosas conocidas, sin tratamiento habitual. Acude a urgencias por dolor en muñeca tras traumatismo directo por caída accidental hace cuatro meses en tratamiento y seguimiento por su médico de cabecera.

Exploración Física

La paciente presenta dolor selectivo a nivel de la articulación radiocubital distal, que se incrementa con la pronosupinación encontrándose el signo de la tecla positivo a nivel del cúbito distal. Fuerza y sensibilidad distal permanecían conservadas.

Pruebas complementarias

Ante esta exploración se decide realizar radiología simple con proyecciones antero-posterior (AP) y lateral (Lat) de muñeca (Fig. 1), en las cuales se observa una subluxación de la articulación radiocubital distal.

Se decide inmovilización con vendaje compresivo, pauta de antiinflamatorios y se deriva a consultas externas de traumatología para ampliar estudio a través de resonancia magnética nuclear (RMN), dado que había sospecha de lesión en el complejo fibrocartilago triangular¹ (CFCT). De no haberse dado esta situación, la tomografía axial

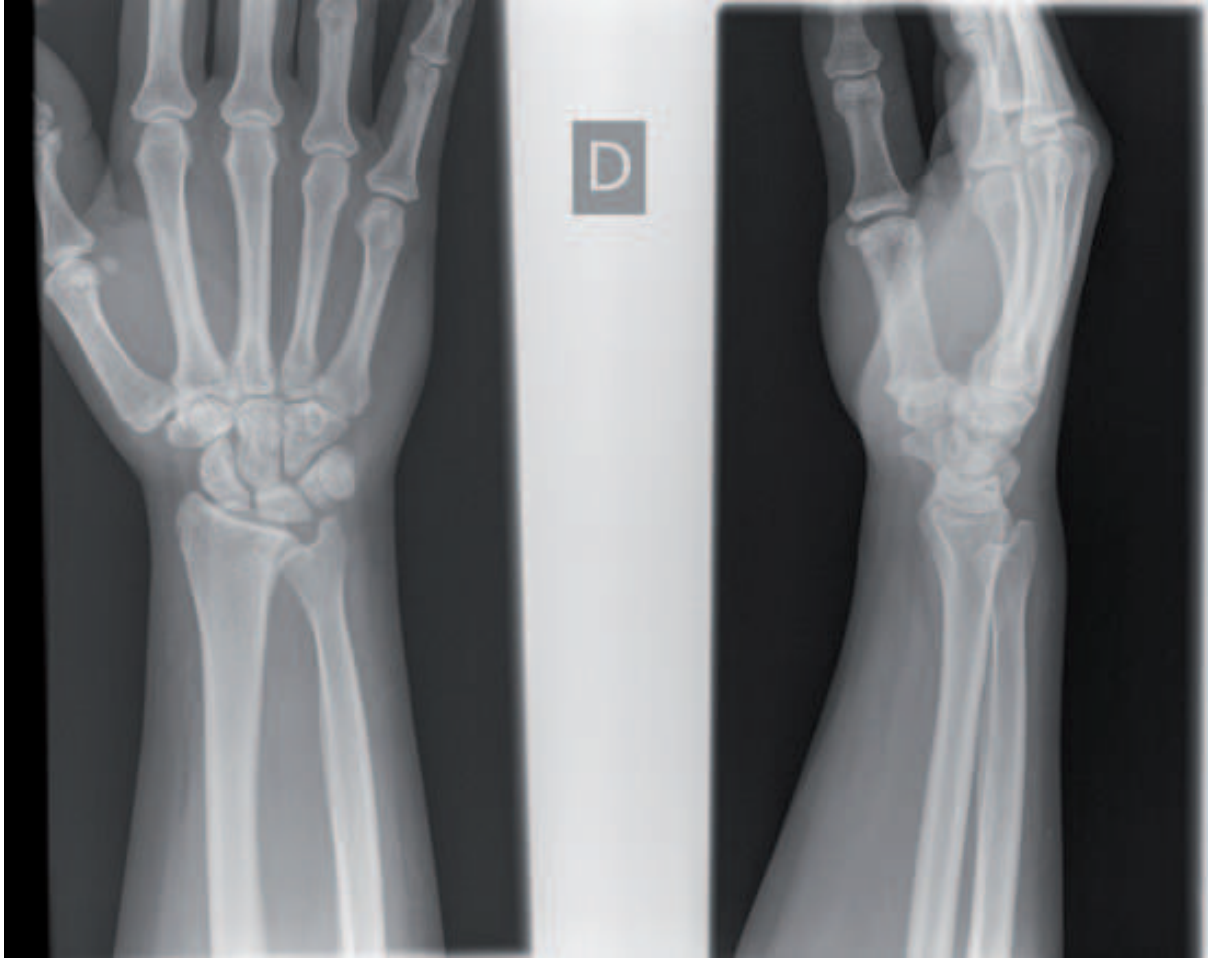


Fig. 1. Proyección AP y Lat de muñeca preoperatoria.

computarizada (TAC) hubiera sido la prueba de elección, puesto que proporciona mayor información en lo que a la congruencia articular se refiere.

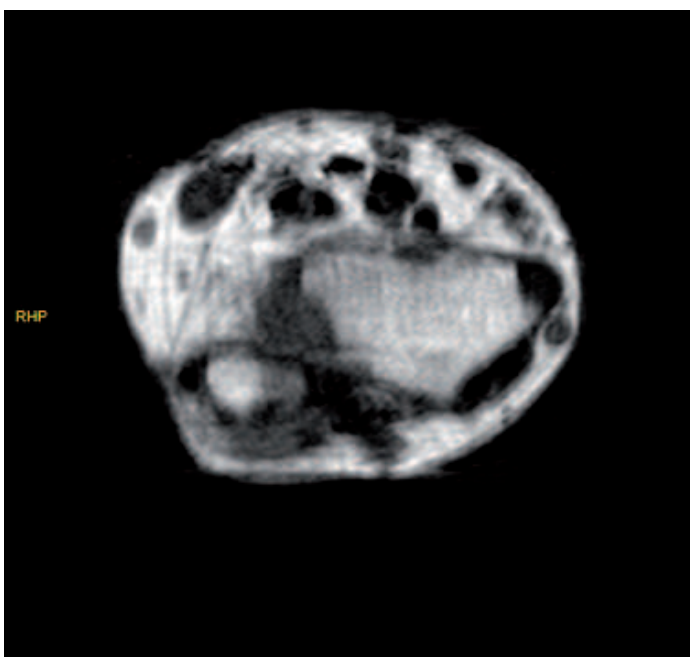


Fig. 2. RMN. Corte axial de la articulación radiocubital distal.

Informe RMN: Subluxación crónica de la articulación radiocubital distal (ARCD) con edema óseo a nivel de cúbito y radio con tejido cicatricial periarticular.

Posible lesión del CFCT

En la Fig. 2 se observa un corte axial de RMN a nivel de la ARCD

En la Fig. 3 se observa un corte coronal de RMN de la ARCD.

Diagnóstico

Inestabilidad de la articulación radiocubital distal con lesión complejo fibrocartílago triangular.

Tratamiento

Dada la clínica de inestabilidad de la ARCD crónica se opta por el tratamiento quirúrgico realizando una técnica de reconstrucción ligamentosa de Scheker reforzada con mini tightrope (Arthrex®).

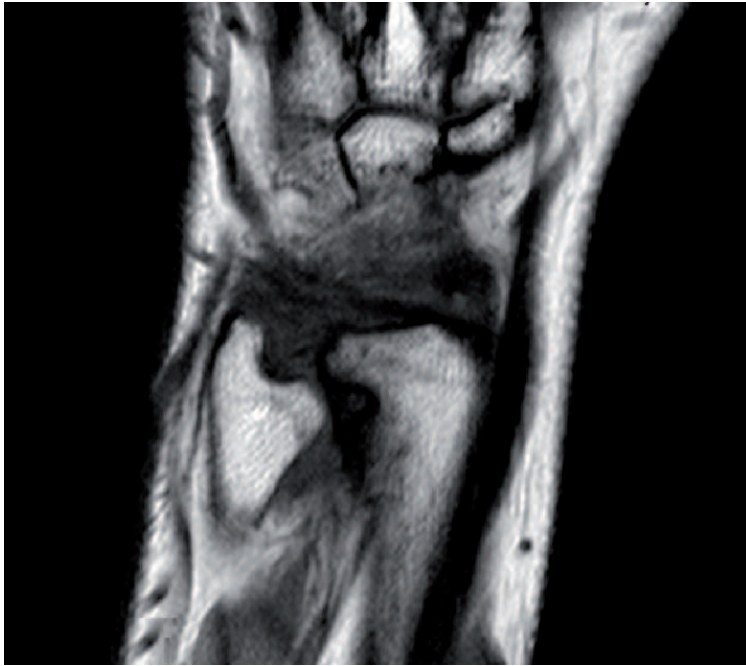


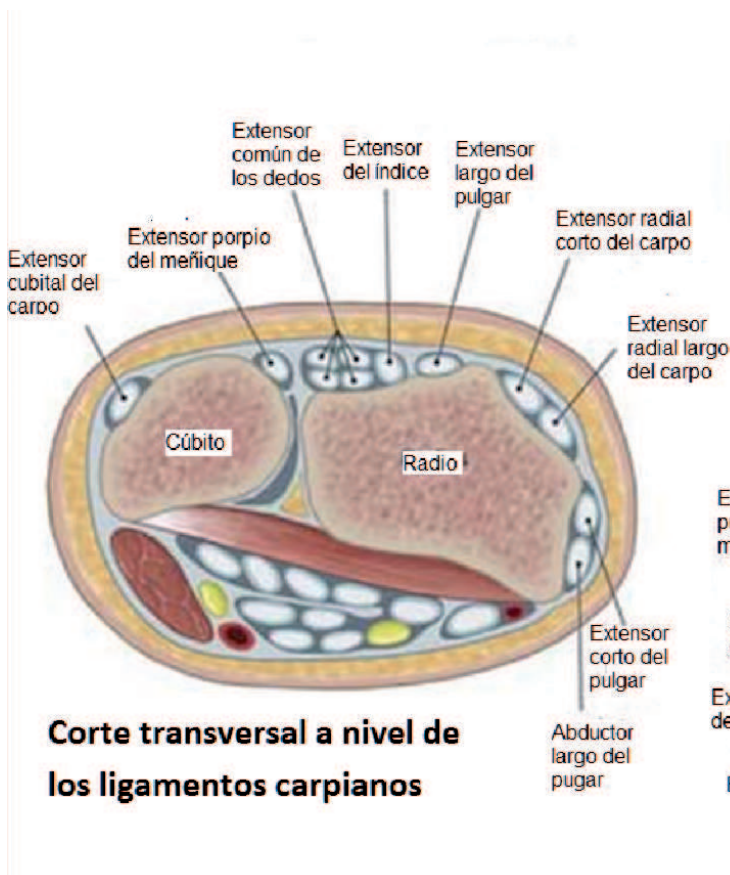
Fig. 3. RMN. Corte coronal del carpo.

Descripción de la técnica

Con el paciente en decúbito supino, con manguito de isquemia y el antebrazo en pronación, se realiza una incisión angulada sobre el cuarto y quinto compartimento extensor; se abre la fascia profunda proximal al retináculo extensor entre el extensor común de los dedos, el exten-

sor corto del primer dedo (Fig. 4) y las unidades musculotendinosas son retraídas, exponiendo así la porción dorsoulnar del radio distal².

Se realiza una pequeña capsulotomía entre el cuarto y quinto compartimentos, a través de la cual se expone el borde dorsal distal, de la cavidad sigmoidea (Fig. 5). Se utiliza una aguja



Tendones de la parte posterior de la muñeca

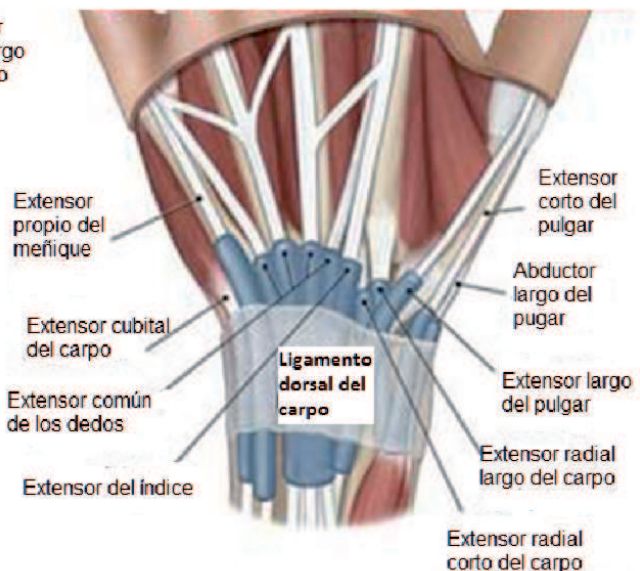


Fig. 4. Esquema anatómico.

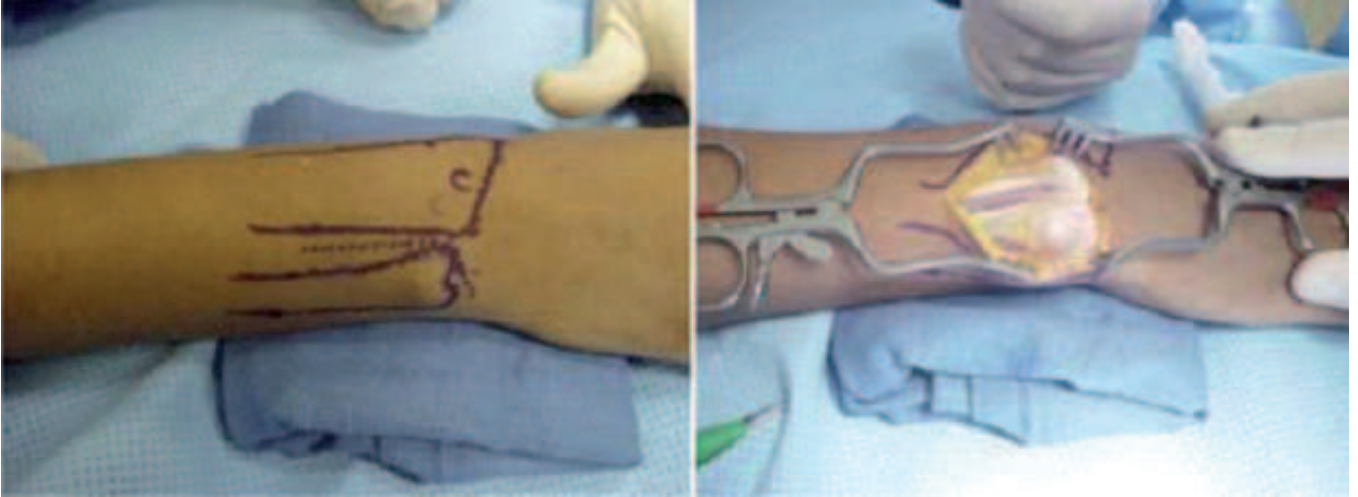


Fig. 5. Abordaje quirúrgico

de Kirschner gruesa para perforar un túnel en el radio distal iniciando en el lado dorsal de la cavidad sigmoidea y dirigiéndola hacia proximal, palmar y radial en la cavidad medular (túnel a-b). Un segundo túnel se perfora en la metáfisis del radio, iniciando aproximadamente 3 cm distal a la cavidad sigmoidea, siendo dirigido hacia medial, palmar y distal para encontrarse con el túnel previo en la cavidad medular, creando así un túnel angulado, el cual se agrandará utilizando una broca de 3 mm³. Posteriormente se realizan dos orificios unicorticales de 3 a 3.5 mm de diámetro en la metáfisis radial a intervalos de 1 cm cada uno, se utilizará un gancho para unir estos dos orificios (túnel c-d) en la cavidad medular y facilitar el paso del injerto tendinoso. El lado ra-

dial del cúbito distal se aborda entre el quinto y sexto compartimentos extensores de la muñeca⁴, retrayendo los tejidos blandos. La cápsula a nivel de la estiloides cubital se abre justo radial al tendón del extensor carpi ulnaris, utilizando la aguja de Kirschner para perforar un túnel que inicia en fovea cubital y se dirige hacia el lado dorso-radial de la corteza cubital (túnel e-f). Este túnel se agranda con una broca de 3 mm. Se realizan otros dos orificios unicorticales a intervalos de un centímetro uno del otro y se conectan de la misma forma que en el radio (túnel g-h).

Con una pinza mosquito curva se pasa una lazada de alambre de una a otra capsulotomía, con el cual se engarza el injerto de tendón de palmaris longus, para que así quede dentro de las capsulotomías. Utilizando esta técnica con lazada de alambre, el extremo radial del injerto es traccionado dentro del orificio a y sale por el orificio b, el extremo distal del injerto se pasa dentro del orificio e y hacia afuera del orificio f. Este extremo del tendón entonces se pasa a través del orificio g y sale a través del orificio h.

Se ancla el extremo cubital del tendón, asimismo con tornillo interferencial, utilizando la misma técnica se pasa el extremo radial del injerto a través del túnel c-d. Se coloca el antebrazo en supinación máxima, se aplica tensión al extremo radial del injerto y se realiza prueba de estabilidad tanto en pronación⁵ como en supinación, se vuelve a colocar en supinación el antebrazo, se tensa nuevamente el tendón y se ancla asimismo, durante el cierre de la herida se mantiene el antebrazo en supinación (Fig. 6)

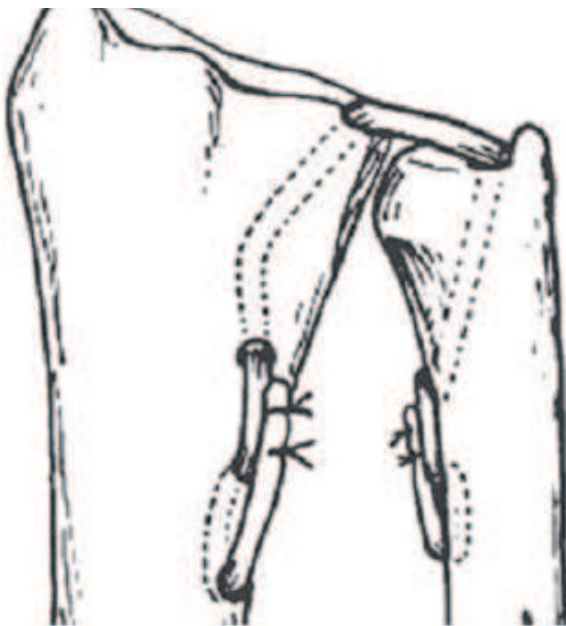


Fig. 6. Túneles óseos y disposición de la plastia



Fig. 7. Proyección AP y Lat de muñeca postoperatoria

Finalmente se aumenta la estabilidad de la ARCD con un Tightrope en sentido transversal de radio a cúbito, previamente se habían realizado los túneles para no interferir con el injerto.

Se inmoviliza el antebrazo en neutro con una escayola braquiopalmar durante tres semanas, al término de las cuales se quitan puntos y se coloca una nueva escayola en 20-30° de pronación durante 3 semanas más⁶.

Resultados

A los 4 meses postoperatorios la paciente se encuentra sin dolor, habiendo desaparecido la deformidad dorsal de la muñeca y la sintomatología derivada de la luxación de la ARCD. Se puede observar a través de la radiología simple en las proyecciones AP y Lat la perfecta congruencia articular (Fig. 7).

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico de la inestabilidad radiocubital distal, ha sido siempre un reto para el cirujano ortopédico y en especial el cirujano de mano, llegando a ser referido en algunos textos como la «lumbalgia» de la cirugía de mano. Múltiples técnicas quirúrgicas⁷ han sido descritas para el tratamiento de esta patología, referidas por sus autores como satisfactorias, pero en la práctica presentan algunas desventajas como es la rigidez articular, inestabilidad y disminución de la fuerza.

En nuestro caso se valora una técnica, en la cual el objetivo principal es preservar la unidad de la articulación radiocubital distal y la función de la muñeca⁸. Ya que esta articulación no sólo provee de movimientos rotacionales a la muñeca, sino que también soporta la carga transmitida por un objeto a la mano y de ésta al radio a través del carpo. Por lo cual la reconstrucción del ligamento radiocubital dorsal anatómicamente es el procedimiento de preferencia⁹, comparado con otros procedimientos rutilantes¹⁰ o que alteran la biomecánica de la articulación. Esta articulación no es congruente totalmente, ya que la cavidad sigmoidea del radio es mayor al de la cabeza del cúbito, dando esto un movimiento traslacional del borde anterior al posterior de la cavidad sigmoidea y el cúbito en los movimientos de pronación-supinación, lo cual provoca que la tensión de los ligamentos radiocubitales dorsal y volar sean diferentes durante el movimiento, encontrando tensión del dorsal al realizar pronación y del volar en supinación según los estudios de Acosta y Schuind y al mismo tiempo encontrándose laxos en posición neutra del antebrazo¹¹.

El procedimiento de reconstrucción del ligamento radiocubital dorsal es técnicamente demandante, pero reproducible, en la cual se obtiene una reconstrucción anatómica y funcional de la articulación radiocubital y aunque se obtienen arcos de movimiento similares a los de otras estabilizaciones¹², la eliminación del dolor, fuerza y satisfacción del paciente son mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scheker L, Belliappa, Acosta G: Reconstruction of the dorsal ligament of the triangular fibrocartilage. *J Hand Surg* 1994;19 B(3): 310-8.
2. Scheker LR, Babb B, Killion P: Distal ulnar prosthetic replacement. *Orthop Clin Nor Am* 2001; 30(2): 365-75.
3. Minami A, Ogino T, Minami M: Treatment of distal radioulnar disorders. *J Hand Surg* 1987; 12A(2): 189-95.
4. Holstag: Reconstruction of distal radioulnar joint with synthetic ligament. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104(3): 699-704.
5. Acosta, Hnat, Scheker: Distal radio-ulnar ligament motion during supination and pronation. *J Hand Surg* 1993; 18(4): 502-5.
6. Gofton, Gordon, Dunning, Johnson, King: Soft-tissue stabilizers of the distal radioulnar joint: an in vitro kinematic study. *J Hand Surg* 1988; 29 A(3): 423-31.
7. Lowman CL: The use of fascia lata in the repair of disability at the wrist. *J Bone Joint Surg* 1930; 12: 400-2.
8. Eliason EL: An operation for recurrent inferior radioulnar dislocation. *Ann Surg* 1932: 27-35.
9. Davidson AJ, Horowitz MT: Recurrent or habitual dislocation of the inferior radioulnar articulation. *Am J Surg* 1938; 41: 115-7.
10. Hill RB: Habitual dislocation of the distal end of the Ulna. *J Bone Joint Surg* 1939; 21: 780-1.
11. Regal JM, Bicker: Fascial sling operation for instability of the lower radioulnar joint. *Mayo Clinics* 1945; 20: 202-8.
12. Liebolt FL: A new procedure of treatment of luxation of the distal end of the ulna. *J Bone Joint Surg* 1953; 34A: 261-2.