

## REPORTE DE UN CASO

Cagnone Juan Carlos; Schiavon Gabriel; Lazzari Sebastian,  
Zancolli Pablo

Sanatorio Finochietto

## INTRODUCCION

La inestabilidad de la articulación radio cubital distal (RCD) posterior a procedimiento de Darrach es una situación clínica indeseada y muy invalidante. Se han ideado varios procedimientos quirúrgicos con el fin de solucionar este difícil problema a través de diversas modificaciones como interposiciones [4,5], estabilización tendinosa del muñón distal [3], y hasta la colocación de diversos tipos de prótesis [6], existiendo dada su complejidad una probabilidad de hasta casi un 15% de fracaso con estas técnicas [1].

Se presenta un estado secuelar a fractura de radio tratada con la técnica de Darrach y luego ante su falla con estabilización tendinosa e interposición también inefectivas, solucionada finalmente con una neurectomía del nervio interóseo posterior.

## MATERIAL Y METODOS

Paciente femenina de 75 años con impotencia funcional y dolor EVA 10/10 ante esfuerzos en la articulación RCD de la muñeca izquierda y en la pronosupinación de 2 años de evolución. Como antecedente había sido tratada en otro Servicio por una fractura de radio con yeso braquialpalmar, luego con un procedimiento de Darrach por dolor RCD y por último con intento de estabilización del muñón del cubito con tendón del cubital anterior y del cubital posterior sin resolución de los síntomas. Se solicitaron radiografías (Figura 1). La RMN no arrojó detalles de importancia.

Se decide realizar un bloqueo anestésico en consultorio con 2-4 cm<sup>3</sup> de xilocaína al 2% a nivel de la membrana interósea inmediatamente proximal a la osteotomía del cubito, consiguiéndose una franca remisión inmediata de los síntomas, EVA 2/10. Con tal motivo se decidió la exploración quirúrgica por abordaje dorsal del cuarto compartimento distal del antebrazo, encontrándose una hipertrofia macroscópica del nervio interóseo posterior con compresión e irritación de este a la maniobra de impingement contra el radio a nivel del muñón del cubito remanente (Figura 2). A continuación, se realizó una neurectomía simple del mismo, resecano la zona del nervio afectado (Figura 3).

No se modificaron la plástica ni la osteotomía del cubito previamente realizadas. Tampoco se intervino, dada la edad y en ausencia de síntomas radiocarpianos, el vicio de consolidación del radio.



FIGURA 1. Radiografías de muñeca.



FIGURA 2. NIOP con signos de hipertrofia e irritación ante maniobras a nivel del muñón distal del cubito.



FIGURA 3. Neurectomía del NIOP.

## RESULTADOS

Las heridas evolucionaron sin complicaciones, no hubo inmovilización en el posoperatorio. La anatomía patológica del nervio enviado fue informada como esclerosis del nervio interóseo posterior, con franco compromiso histológico del mismo.

La paciente recuperó su función, puede realizar esfuerzos adecuados a su edad y actualmente sin dolor con un EVA 1/10.

## DISCUSIÓN

Darrach en 1912 populariza una sencilla técnica de resección distal del cubito para secuelas de la articulación RCD [2] con relativos buenos resultados y que ha perdurado en el tiempo por su sencillez. Sin embargo se han descrito varias complicaciones inherentes a la misma, consistentes en dolor, chasquidos, traslación cubital del carpo, rotura de tendones extensores, subluxación del cubital posterior, inestabilidad del muñón distal del cubito, impingement del mismo, neuroma de la rama cutáneo dorsal del nervio cubital, pérdida de fuerza y de la pronosupinación, con un 5 a 30 % de aparición según diferentes autores [1], y casi el 15 % de los pacientes tienen cirugías para solucionar esas complicaciones en las cuales también tienen malos resultados con dolor e impotencia funcional [1].

Ante este panorama se presenta la posibilidad de una técnica alternativa original no descrita en la literatura, basada en la observación intraoperatoria de un caso previo semejante del Dr Eduardo A. Zancolli para solucionar este difícil problema en casos seleccionados y con la posibilidad de evitar la complejidad de una eventual resolución protésica o técnicas de fijación.

No hemos encontrado en la revisión bibliográfica la mención de compromiso o causa del dolor en esta patología por lesión del nervio interóseo posterior.

## CONCLUSIÓN

Se presenta la resolución de un caso secuelar post Darrach con fracaso en la estabilización secundaria de tendones e interposición, donde las posibilidades de solución se remiten a situaciones más complejas como una prótesis específica y eventuales mayores complicaciones. La simple neurectomía del nervio Interóseo posterior (sola o asociada) en casos electivos, constituye una nueva, sencilla y eficaz opción no descrita en el arsenal terapéutico de esta compleja situación, abriendo además la posibilidad de una nueva línea de investigación a pesar de la menor casuística.

Pensamos que el bloqueo anestésico preoperatorio es de vital importancia en la perspectiva de posibilidad de eficacia del procedimiento descrito.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Bieber EJ, Linscheid RL, Dobyms JH, Beckenbaugh RD: Failed distal ulna resections. J Hand Surg. 13-A:193-200, 1988.
- 2- Darrach W.: Anterior dislocation of the head of the ulna. Am Surg 6:802, 1912.
- 3- Green TH and Jupiter J.: Extensor carpi ulnaris and flexor carpi ulnaris tenodesis of the unstable distal ulna. J Hand Surg Vol 14-A. N°4, 612-617, July 1989.
- 4- Johnson RK : Muscle-tendon transfer for the stabilization of the distal radioulnar joint. J Hand Surg 10-A:437,1985.
- 5- Papatheodorou L et al.: Resection interposition arthroplasty for failed distal ulna resection. J Wrist Surg 2013; 2 : 13-18.
- 6- Schecker LR et al.: Distal ulnar prosthetic replacement. Orthop Clinic of North Am. Vol 30.N°2, 365-376, April 2001.