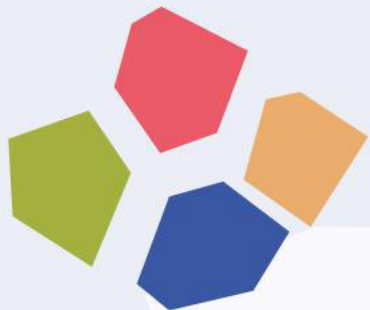
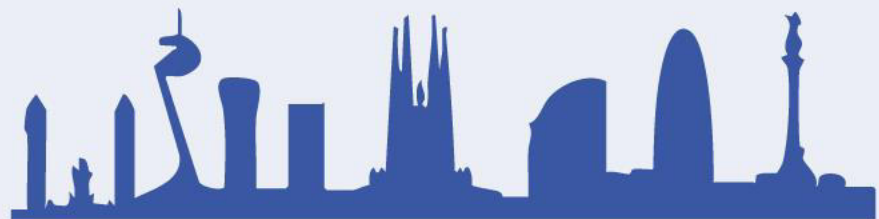


18



CONGRESO NACIONAL DE
**ORTOPEDIA
PEDIÁTRICA**
3 al 5 de junio - 2026



BARCELONA

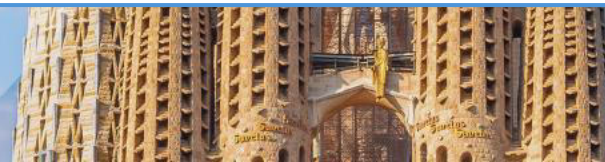
Organiza:



**TRATAMIENTO DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL
PROXIMAL CONGÉNITA MEDIANTE
OSTEOTOMÍA DERROTADORA
INTRAPERIÓSTICA DE DOBLE NIVEL**

Aranzazu Pedraza Corbi, Juan Pedro Monzó González, Jean
María Gómez Alessandri, Marta Salom Taverner, Maria de
los Ángeles Blasco Molla,, Nerea Mateo Guarch, Ana Mota
Hernández

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Unidad de Ortopedia y
Traumatología Infantil



INTRODUCCIÓN

La ***Sinostosis Radiocubital Proximal Congénita (SRCC)*** es la anomalía congénita más común del antebrazo y codo, presentándose de forma **bilateral en el 60-80%** de los casos. Resulta de un **fallo en la segmentación longitudinal** del precursor cartilaginoso común durante la séptima semana de desarrollo fetal^{1,2}.

Presentación Clínica:

Antebrazo fijado en una **posición de pronosupinación fija** (frecuentemente pronación >60°) con incapacidad total para la supinación.

Limitación severa en **actividades de la vida diaria**

como la alimentación e higiene personal

Clasificación de Cleary y Omer³ (1985)



A: Sinostosis fibrosa. **B:** Sinostosis ósea sin luxación de la cabeza radial. **C:** Sinostosis ósea con cabeza radial hipoplásica dislocada posteriormente. **D:** Sinostosis ósea con cabeza radial dislocada anteriormente.

1. Alabau-Rodríguez, S., Garrido Ferrer, J.F., Bullo Mir, X., Martín Domínguez, L.A., Pardo Pol, A., & Soldado Carrera, F. (2024). *Congenital Radioulnar Synostosis Review: Recommendations and Treatment Outcomes*. *Children*, 11(11), 1317..
2. Martínez-Álvarez, S., González-Codó, S., Vara-Patudo, I., Galán-Olleros, M., Fraga-Collarte, M., & Palazón-Quevedo, Á. (2022). *Double-level Intrapariosteal Derotational Osteotomy for Congenital Radioulnar Synostosis*. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 42(8), e870-e875..
3. Bai F, Chen S, Liu L, Tong D, Li P, Rong Y, Wu J, Liu B, Yang Y, Wang S. Treatment of congenital radioulnar synostosis using a free vascularized fascia lata graft. *Orthopaedic Surgery*. 2022;14. doi:10.1111/os.13226

CASO CLÍNICO:

Paciente de **13 años** con SRCC bilateral y antebrazo bloqueado en pronación. Pese a que en la primera infancia no se quejaba de grandes limitaciones, a medida que la paciente se hizo mayor y fue ganando autonomía la SRCC bilateral le impedía realizar correctamente su higiene personal y otras actividades básicas. De acuerdo con la paciente se decidió intervenir el antebrazo I que presentaba una SRCC tipo C (Imagen 1). Se realizó un **abordaje doble**: osteotomía en el tercio medio-distal del radio y en el tercio proximal del cúbito (distal a la sinostosis). Se **preservó meticulosamente el periostio** (*imagen 2*) y se resecaron segmentos óseos de 20 mm en ambos huesos. Dichos segmentos fueron morcelados y reintroducidos como **injerto autólogo dentro del tubo perióstico**. En la *imagen 3* se observa el resultado final en el postoperatorio.



Imagen 2



Imagen 3

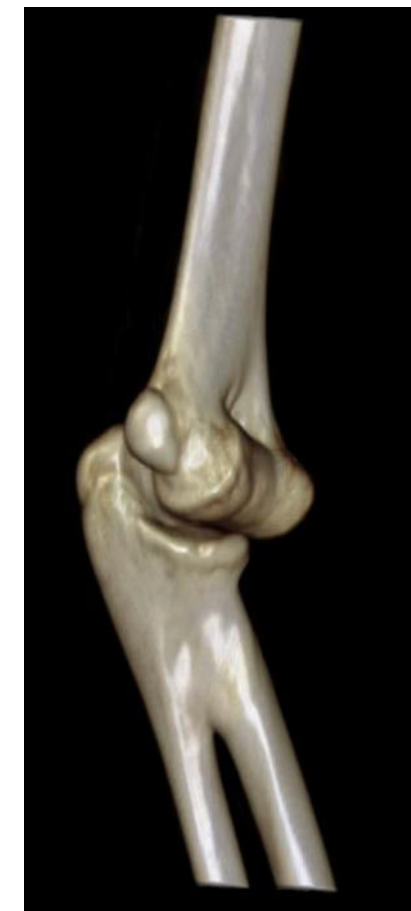


Imagen 1

EVOLUCIÓN:

Tras la cirugía, el antebrazo se mantuvo en su posición original durante 14 días. En un segundo tiempo, bajo sedación, y con el objetivo de minimizar la tensión de partes blandas, se realizó la **rotación manual** hasta alcanzar una posición en supinación (20°). Hecho esto se inmovilizó nuevamente el miembro superior con yeso por un periodo total de 8 semanas. A las **6 semanas de la intervención**, tras la retirada del yeso, se confirmó mediante radiología la formación de callo óseo inicial y la estabilidad de la corrección. A los **3 meses**, se objetivó consolidación completa.



Radiografías de control tras derrotación



Radiografías tras 3 meses de intervención

RESULTADOS:

En el postoperatorio inmediato, la exploración física evidenció una corrección de la deformidad rotacional de **50°**, logrando una transición desde una pronación preexistente de 30° hasta una supinación funcional de 20°. Se constató la **indemnidad neurovascular distal** y no se observaron desplazamientos secundarios ni pérdida de la reducción quirúrgica durante el seguimiento temprano. A las **8 semanas** se produjo la retirada de la inmovilización rígida (yeso) y transición a una ortesis funcional protectora. A los **3 meses**, tras confirmar la **consolidación ósea completa** mediante criterios clínicos y radiológicos, se autorizó la reincorporación a las actividades de la vida diaria y deportiva sin restricciones funcionales. La paciente se mostró satisfecha con el resultado y refirió evidente mejoría en la realización de diversas actividades básicas de la vida diaria.

CONCLUSIONES:

La osteotomía derrotadora de doble nivel en dos etapas es un procedimiento **seguro y eficaz**. Al evitar la fijación interna y secuenciar la rotación, se minimizan las complicaciones vasculares y nerviosas. Los resultados obtenidos en este caso muestran una **corrección funcional significativa** y una excelente evolución en esta paciente con SRCC severa.



En las imágenes se observa la diferencia de supinación del antebrazo izquierdo (20°) con respecto al contralateral (-30°) que no ha sido intervenido.