

BANDA OBLICUA DISTAL: IMPORTANCIA EN FRACTURAS DE EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO E INESTABILIDAD RADIOCUBITAL DISTAL

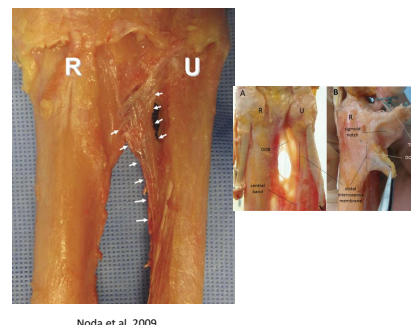
Sara Sánchez López 1; Daniel Sánchez Martínez 2.

1. HGU. Rafael Méndez, Lorca, Murcia

2. HGU. Santa Lucía, Cartagena, Murcia

OBJETIVOS

La estabilidad de la articulación radiocubital distal (RCD) depende de elementos estabilizadores como el complejo fibrocartílagos triangular (CFCT) que es el principal, ligamentos RCD, el extensor cubital del carpo, ligamentos cubitocarpianos, elementos óseos y la membrana interósea distal, concretamente la banda oblicua distal (BOD), presente en el 40% de los individuos, siendo fundamental en la estabilidad RCD tras la fractura de extremidad distal de radio (EDR). Conocer su papel y anatomía nos ayudará en el tratamiento de las fracturas EDR así como en el de las inestabilidades RCD crónicas con su reconstrucción como alternativa a la cirugía sobre el CFCT. Presentamos un caso de reconstrucción de BOD y descripción de la técnica quirúrgica.



Noda et al. 2009

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 35 años intervenido por fractura EDR y estiloides cubital que tras 6 meses de Rehabilitación presentaba inestabilidad sintomática RCD, por lo que se intervino realizando reconstrucción de BOD con plastia de flexor radial del carpo a través de túnel óseo bajo control de escopia, desde punto a 46 mm de cabeza ulnar hasta metáfisis radial por debajo de escotadura sigmoidea sin llegar a la articulación (simulando recorrido de BOD), con implante graft anchor en radio y tornillo interferencial ulnar, tensionando plastia en supinación.



RESULTADOS

Tras inmovilización durante 4 semanas siguió un programa de rehabilitación durante 3 meses con mejora del dolor e inestabilidad RCD. A los 6 meses el paciente se encuentra asintomático y sin limitación de movilidad ni dolor.

CONCLUSIONES

La BOD es estabilizador secundario más importante tras el CFCT, isométrico durante la rotación del antebrazo. En el 46% de fracturas EDR hay lesión FCT que no se traduce en inestabilidad aguda ya que tras reducción de una fractura proximal a la BOD se recupera la tensión de la banda y la estabilidad RCD. En fracturas distales a ella mantiene la tensión y estabilización, independientemente de la lesión del CFCT. Debemos conocer los factores de inestabilidad en fracturas de EDR: Acortamiento >5 mm, desviación radial y sagital, Gap RC >1 mm, varianza cubital >6 mm prerreducción, trazo de fractura proximal a BOD y fractura estiloides cubital.

Debemos conocer las nuevas técnicas quirúrgicas para inestabilidad alternativas a las clásicas (Adams, Fulkerson-Watson...), como la mínimamente invasiva realizada en nuestro caso.