

# Consolidación de una fractura de apófisis estiloides del cúbito tras la inmovilización después de 6 meses de evolución sin tratamiento

G. CELESTER BARREIRO<sup>(1)</sup>, F. CANO OBREGÓN<sup>(1)</sup>, A. CASTRO RÍO<sup>(2)</sup>,  
J. M. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ<sup>(2)</sup>, L. A. COIRA NIETO<sup>(2)</sup>

SERVICIO DE CIRUGÍA DE LA MANO DEL HOSPITAL MODELO. MUTUA LA FRATERNIDAD. A CORUÑA

<sup>(1)</sup> ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

<sup>(2)</sup> MEDICINA ASISTENCIAL DE LA FRATERNIDAD

## Correspondencia:

Dr. Gabriel Celester Barreiro  
Avda. del Ejército, 12 bajo (Mutua)  
15006 A Coruña  
Teléfono 981 296 588  
e-mail: gcelester@fraternidad.com

Se presenta el caso de un paciente varón que sufrió un traumatismo de la muñeca derecha con disociación escafolunar, fracturas del piramidal y de la apofisis estiloides cubital, lesiones que no fueron diagnosticadas ni tratadas inicialmente por estar el paciente en coma.

A los 6 meses de evolución, la fractura de la estiloides cubital se mantenía desplazada y no presentaba signos radiológicos de consolidación. Tras una inmovilización de 8 semanas con motivo de una tenoplastia articular, se apreció que sorprendentemente la fractura de la estiloides cubital había consolidado.

**Palabras clave:** *fractura de la apófisis estiloides del cúbito.*

We present a patient with a right wrist injury and traumatism cranioencephalic and coma. The wrist injury was a scapolunate disociation, pyramidal fracture and ulnar stiloid fracture. This lesions were not treated because the patient underwent in coma.

At 6 months the ulnar stiloid fracture was in non union and displaced.

The patient underwent a wrist articular tennoplastia and 8 weeks of immobilization. At the end of this period the stiloid fracture was surprisingly consolidated.

**Key words:** *fracture of the ulnar styloid process.*



*Figura 1: Radiografía en nuestra primera consulta, a los 4 meses del traumatismo. Presenta clara diástasis escafolunar, línea de fractura en el piramidal y fractura de la estiloides cubital sin signos de consolidación.*



*Figura 2: Radiografía al día siguiente de la intervención, seis meses después del accidente. No hay signos de consolidación de la estiloides cubital.*

## INTRODUCCIÓN

La fractura de la apófisis estiloides del cúbito es muy frecuente en los traumatismos de muñeca, asociándose a fractura de la extremidad distal del radio en un 60% de los pacientes<sup>1</sup>. Al contrario de lo que ocurre con el radio, la apófisis estiloides cubital fracturada evoluciona a una pseudoartrosis con relativa frecuencia.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 28 años de edad que sufrió un traumatismo craneoencefálico con conmoción, en un accidente de motocicleta. Tras varios días en coma, en la UCI, al despertar manifestó dolor en la muñeca derecha. Sus lesiones en esta articulación no fueron bien diagnosticadas ni tratadas.

Más de cuatro meses después nos fue remitido con el diagnóstico de disociación escafolu-

nar, fracturas inveteradas del piramidal y de la apófisis estiloides cubital, estando esta última no consolidada y desplazada.

El estudio radiológico simple (**Figura 1**) confirmaba este diagnóstico. La RM no mostró signos de lesión del fibrocartilago triangular.

Informado de todo ello, el paciente quiso reincorporarse a su trabajo de camionero; pero a los pocos días, el dolor le obligó a demandar tratamiento de nuevo.

Se decidió entonces tratar la disociación escafolunar y dejar a su libre evolución las fracturas del piramidal, donde no tenía ya molestias significativas, y de la estiloides cubital, que estaba desplazada unos 3 mm.

Seis meses después de la lesión es intervenido realizándosele una tenoplastia con la técnica 3LT de García-Elías<sup>2</sup>. La radiografía del postoperatorio inmediato (**Figura 2**) muestra una correcta reducción de la inestabilidad carpiana y la separación interfragmentaria de la estiloides cubital.



**Figura 3:** Radiografía a los 4 meses de la intervención. La estiloides se muestra perfectamente consolidada con un ligero alargamiento.

Tras retirar la escayola, a las 8 semanas de la operación, se realiza una radiografía de control que muestra signos de consolidación de la apófisis estiloides del cúbito. Una nueva radiografía, efectuada cuatro meses después de la intervención (**Figura 3**), evidencia la perfecta e inesperada consolidación de la fractura estiloides con el consecuente alargamiento.

## DISCUSIÓN

No existe un criterio concluyente con respecto a la secuela que puede implicar la pseudoartrosis de la apófisis estiloides del cúbito. Mientras para Sammer et al.<sup>3</sup> la pseudoartrosis de la fractura no ha demostrado empeorar la evolución clínica de los pacientes respecto a aquéllos en los que sí se ha conseguido la consolidación, Ring et al.<sup>4</sup> consideran que si la fractura de la base de la apófisis está desplazada más de 2 mm, implica la rotura de los ligamentos radiocubitales y recomiendan reducción y osteosíntesis por cirugía abierta.

En cuanto a las fracturas del extremo de la estiloides, está ampliamente admitido que no se requiere tratamiento porque no producen inestabilidad.

El presente caso muestra que las fracturas de la estiloides cubital por su base y con varios milímetros de separación interfragmentaria, pueden consolidar con la simple inmovilización aun cuando lleven varias semanas de evolución, por lo que cabe intentarlo al menos durante los primeros seis meses de evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frykman G. Fracture of the distal radius including sequelae. Acta Orthop Scand, 1967; Suppl 108: 1-153.
2. García-Eliás M. Estabilización escafolunar mediante la técnica 3LT. Rev Iberoamer Cir Mano, 2005; 67: 9-21.
3. Sammer DM, Shah HM, Shauver MJ, Chung KC. The effect of ulnar styloid fractures on patient-rated outcomes after volar locking plating of distal radius fractures. J Hand Surg A, 2009; 34: 1595-602.
4. Ring D, McCarty LP, Campbell D, Jupiter JB. Condylar blade plate fixation of unstable fractures of the distal ulna associated with fracture of the distal radius. J Hand Surg A, 2004; 29: 103-9.