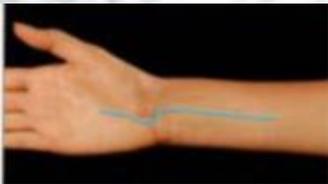


# Fractura de radio y Cubito

1

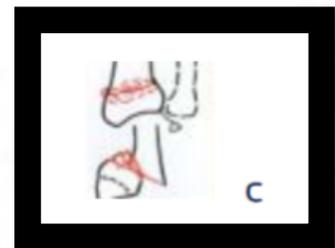
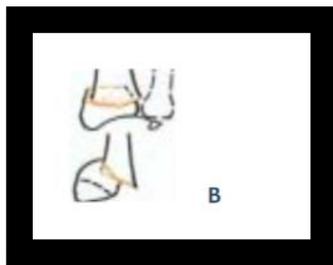
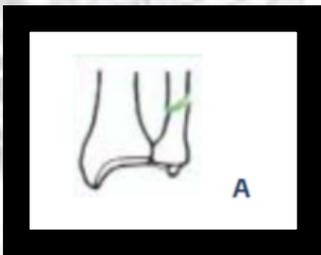
## Cubito y Radio Distal



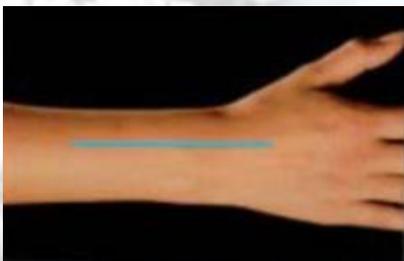
Colocación del paciente en decúbito supino con el brazo en abducción, el antebrazo en supinación y la mano descansando sobre una mesa accesoria. Se recomienda utilizar “Tallas” para mantener la muñeca en una discreta dorsiflexión. Acceso Incisión longitudinal en la línea media curvándose hacia el lado cubital a nivel del pliegue de flexión de la muñeca, y continuándose en la mano siguiendo el pliegue tenar.

- A. Incisión de la piel y tejido celular subcutáneo hasta el plano facial, medialmente al tendón del palmar largo, cuando esté presente.
- B. Colocación de una sonda acanalada bajo el margen cubital del retináculo flexor y apertura del túnel carpiano, teniendo especial precaución en no lesionar el nervio mediano ni los tendones flexores.
- C. Exposición de los tendones flexores. Se identifica superficialmente el nervio mediano y su rama sensitiva palmar, aislándolos con una cinta elástica para poder desplazarlos lateralmente. En el lado interno se localiza el paquete vasculonervioso cubital (arteria, venas y nervio cubital) que se desplaza medialmente.

- D. Se enciñtan en bloque todos los tendones de los flexores superficial y profundo de los dedos, pudiendo movilizarlos radialmente para acceder a la articulación radiocubital distal y a la parte más cubital del extremo distal del radio.
- E. Rechazando medialmente los tendones de los flexores superficial y profundo de los dedos, y lateralmente el nervio mediano junto con los tendones del flexor radial del carpo y flexor largo del pulgar, podemos acceder cómodamente al plano muscular del pronador cuadrado.
- F. Elevación subperióstica del pronador cuadrado para exponer la zona metafisoepifisaria distal del radio.
- G. Es posible proceder a la apertura capsular anterior de la muñeca para visualizar el cartílago de la glena radial y de la zona proximal del escafoides y semilunar.
- H. Desplazamiento de los tendones flexores superficial y profundo de los de dos hacia radial podemos penetrar en la articulación radiocubital distal.



### Cúbito y Radio Distal



Colocación del paciente en decúbito supino con el brazo en abducción, el codo flexionado y el antebrazo en pronación descansando sobre una mesa accesoría. Acceso Incisión recta en la región dorsal de la muñeca cuya longitud dependerá de la técnica quirúrgica que se

vaya a realizar. Ésta es una zona anatómica en que la piel es muy flexible y que permite ser cruzada perpendicularmente sin llegar a provocar retracción cutánea ni limitación articular. Algunos autores prefieren realizar incisiones en zigzag o sinuosas.

- A. Sección de la piel y del tejido celular subcutáneo exponiendo la aponeurosis superficial y el retináculo extensor. Es posible encontrar pequeños filetes nerviosos provenientes de la rama sensitiva del nervio radial o de la rama dorsal del nervio cubital
- B. Identificación del tendón extensor largo del pulgar, localizado en la tercera corredera dorsal del carpo y apertura del retináculo extensor y de la fascia superficial que lo cubren.
- C. Se objetiva el músculo extensor largo del pulgar, en la tercera corredera y, medialmente, el extensor común de los dedos bajo el retináculo extensor en la cuarta corredera.
- D. Desplazando lateralmente el músculo extensor largo del pulgar se incide el periostio del fondo de la tercera corredera para despegar subperióticamente el dorso del radio de la cuarta corredera con sus tendones correspondientes
- E. Exposición ósea del dorso del radio. Retracción lateral del extensor largo del pulgar. Los tendones del extensor común de los dedos y del extensor del índice se rechazan medialmente formando un bloque único que mantiene los tendones extensores y el retináculo suprayacente unidos, facilitando la reconstrucción final del abordaje.
- F. Progresión en el desarrollo del abordaje con desperiostización completa del dorso del extremo distal del radio. Osteotomía del tubérculo de Lister, en caso de necesitarse una osteosíntesis con placa, para mejorar el contacto con la epífisis distal del radio
- G. Cierre del retináculo extensor recolocando los tendones del extensor común de los dedos y del extensor del índice en su lugar original, mientras que el extensor largo del pulgar se deja por fuera de la tercera corredera, superficialmente, para evitar compromiso de espacio y favorecer su función redirigiéndolo de manera más rectilínea.
- H. Aspecto final de la reconstrucción del abordaje con el tendón del extensor largo del pulgar en posición suprarretinacular.

## Cúbito y Radio Distal



Colocación del paciente en decúbito supino con el codo flexionado y el antebrazo descansando sobre una mesa accesoria en posición intermedia del radio.

### *Acceso*

Abordaje rectilíneo longitudinal sobre la estiloides radial entre la primera y la tercera corredera dorsal del radio.

- A. Identificación, en el tejido celular subcutáneo, de la vena cefálica del pulgar y bajo ella de las ramas sensitivas del nervio radial.
- B. Separación y protección de estas estructuras vasculonerviosas para la exposición del retináculo extensor a nivel de la primera corredera.
- C. Incisión del retináculo hasta el plano óseo, a nivel del tubérculo lateral del radio que separa la primera y la segunda correderas dorsales del carpo.
- D. Exposición subperióstica limitada de la apófisis estiloides del radio, que se proseguirá despegando la primera corredera dorsal del carpo hacia delante y la segunda hacia posterior, con sus tendones correspondientes.
- E. Con objetivo didáctico, se procede a la apertura de ambas correderas para mostrar la relación de los tendones del abductor largo y extensor corto del pulgar en la primera corredera, y de los extensores radiales del carpo, largo y corto, en la segunda corredera.
- F. Ampliación de la exposición ósea de la apófisis estiloides del radio tras retraer dichos tendones. Se puede apreciar la inserción terminal del tendón del braquiorradial a nivel de la cara lateral de la apófisis estiloides.

## Cúbito y Radio Distal



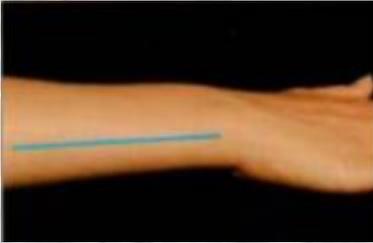
Colocación del paciente en decúbito supino con el brazo en abducción, el codo flexionado y el antebrazo en pronación descansando sobre una mesa accesoria. También puede colocarse con el codo flexionado con la cara anterior del antebrazo descansando sobre una almohada en el abdomen o tórax.

### *Acceso*

Se realiza incisión posteromedial longitudinal o en zigzag sobre la apófisis estiloides cubital, ampliándose según se precise.

- A. Incisión de la piel y del tejido celular subcutáneo con cuidado de no lesionar la rama dorsal del nervio cubital.
- B. Identificación y disección con tijera de la rama nerviosa y arteria acompañante, con el objeto de tenerla localizada y controlada para evitar su posible lesión.
- C. Sección con bisturí del retináculo extensor cuando cubre la apófisis estiloides del cúbito. La incisión se sitúa medialmente respecto al compartimento del extensor cubital del carpo.
- D. Exposición de la apófisis estiloides. Dorsalmente identificamos el compartimento del extensor cubital del carpo íntegro.
- E. Disección subperióstica de la apófisis estiloides y visualización de la parte interna de la articulación cubitocarpiana.
- F. Es posible a través de este abordaje revisar la inserción del fibrocartílago triangular

## Cúbito y Radio Distal



Colocación del paciente en decúbito supino con el brazo en abducción, el codo flexionado y el antebrazo en pronación descansando sobre una mesa accesorio.

### Acceso

Se realiza incisión longitudinal o en zigzag sobre la cara posterior del extremo distal del cúbito, desde unos 2 cm por debajo de la apófisis estiloides del cúbito hasta la zona metafisaria o diafisaria, según se precise.

- A. Incisión de la piel y del tejido celular subcutáneo, exponiendo la aponeurosis del músculo extensor cubital del carpo.
- B. Es preciso identificar el trayecto oblicuo de la rama sensitiva dorsal del nervio cubital, para evitar su lesión en la parte distal del abordaje cuando cruza por encima de la cabeza del cúbito. Emergencia de dicha rama nerviosa a nivel del borde posterior del músculo flexor cubital del carpo.
- C. Sección de la aponeurosis del extensor cubital del carpo a nivel de la cara medial del cúbito
- D. Rechazando lateralmente el tendón del extensor cubital del carpo se expone la cara lateral del tercio distal del cúbito.
- E. Exposición subperióstica de la cara posterior del cúbito. Debemos tener presente en todo momento la relación con la rama sensitiva dorsal del nervio cubital. Músculo flexor cubital del carpo.
- F. Colocando unos retractores de Hohmann a nivel de la cara lateral del cúbito se rechazará el tendón del extensor cubital del carpo para exponer ampliamente la cara posterior del cúbito. La ampliación distal permite abordar subperióticamente la cabeza del cúbito y la apófisis estiloides.

## BIBLIOGRAFÍAS:

- chrome-  
extension://cbnaodkpfinfiiipblikofhlhlcickei/src/pdfviewer/web/viewer.html?file=http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v19n2/ort12205.pdf
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/266GRR.pdf>
- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156330002>
- <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n1/1025-0255-amc-23-01-122.pdf>
- chrome-  
extension://cbnaodkpfinfiiipblikofhlhlcickei/src/pdfviewer/web/viewer.html?file=http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/534\_GPC\_Fx-epxfisisradio/GRR\_EpifisisRadio.pdf