

PATOLOGÍA DEL FLEXOR CARPI RADIALIS

Paula Capellá , Elena Pérez , Manuel Castro
Departamento de COT. Hospital Cunqueiro. Vigo

INTRODUCCIÓN

El músculo Flexor Radial del Carpo (Flexor Carpi Radialis, *FCR*) se desplaza desde la epitróclea a insertarse en la base del II metacarpiano y ligeramente en la del III. En la mano su tendón pasa por un desfiladero en el que participan el escafoides y el trapecio (figs.1,2).

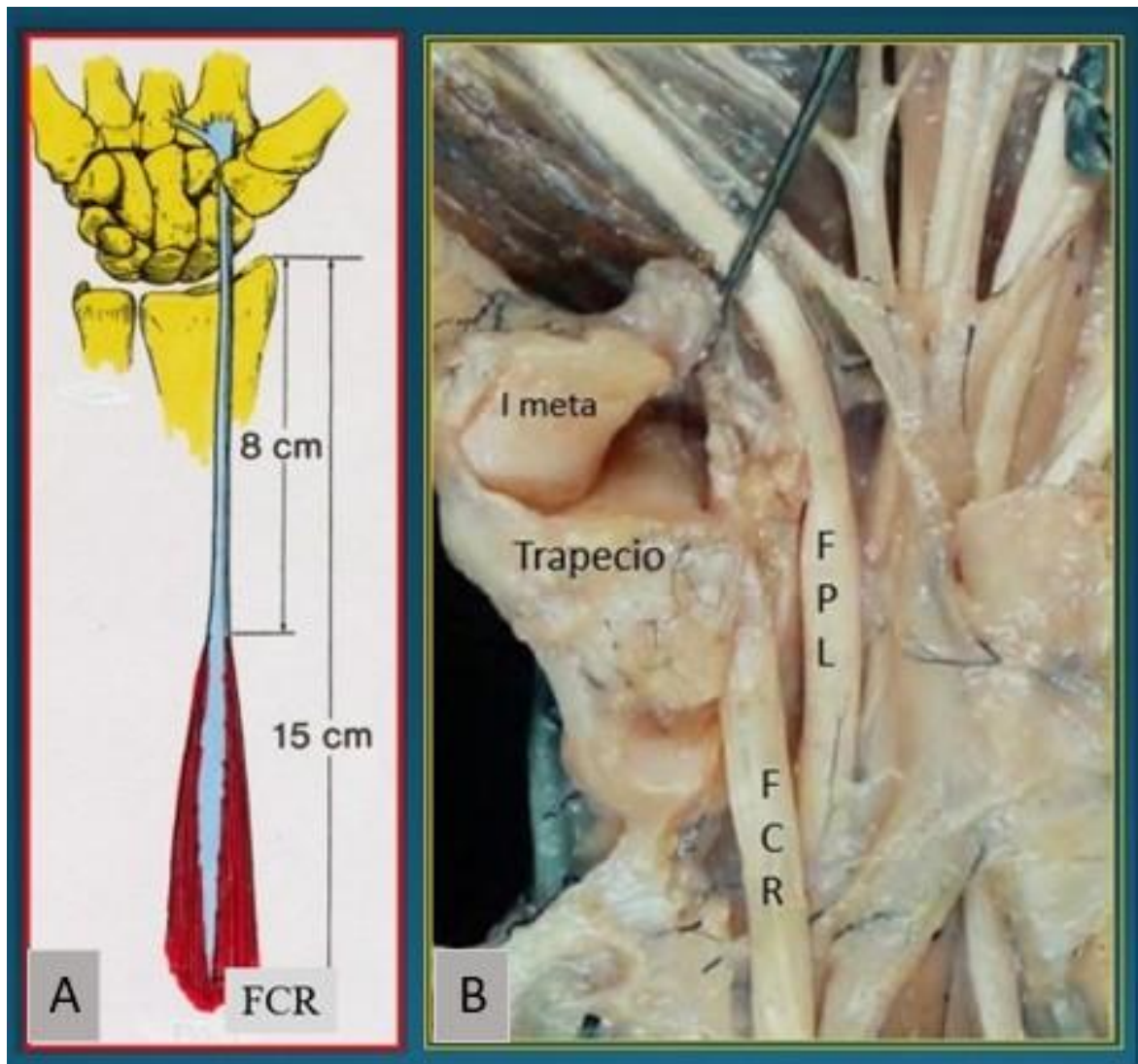
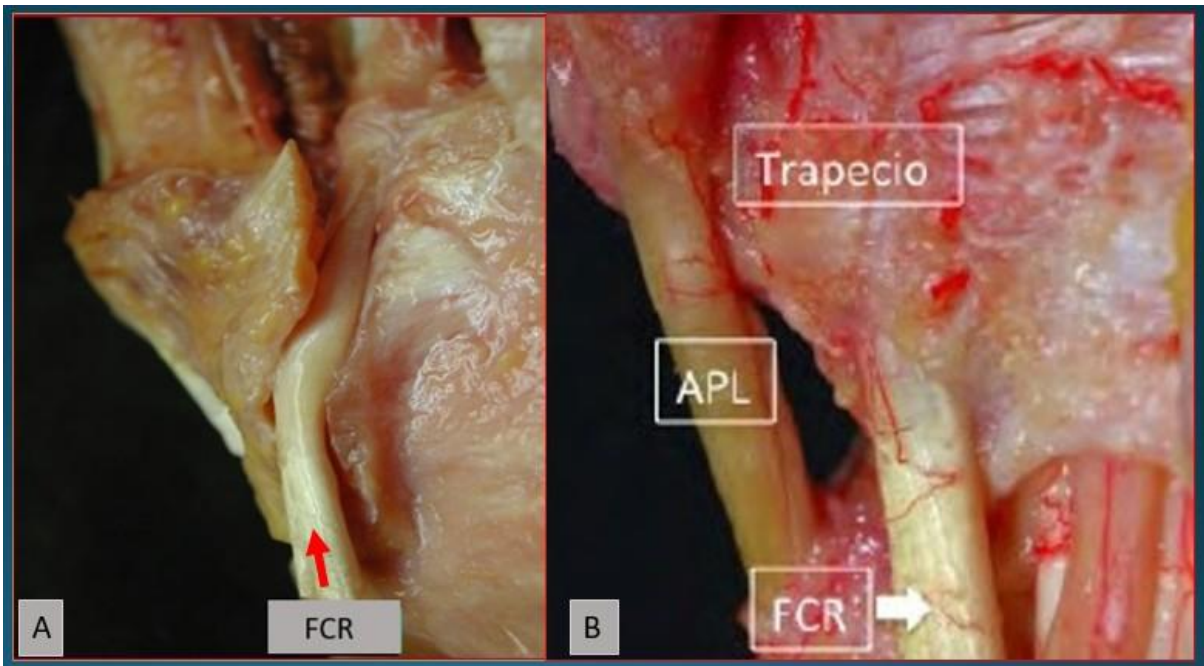


Figura 1. Anatomía del músculo y tendón FCR.



Figuras 2A, 2B. Anatomía del tendón del músculo FCR

TIPOS DE LESIONES

En el presente artículo revisamos las lesiones del *FCR* con origen en traumatismos o en esfuerzos de repetición, ambos realizados en la práctica de diversos deportes o laborales. Las dividiremos en lesiones agudas, causadas por un único traumatismo, y en lesiones crónicas.

Los casos debidos a un traumatismo único y reciente, generalmente se producen en pacientes jóvenes. Los casos crónicos se presentan en pacientes de edad avanzada, generados por esfuerzos continuados.

Los osteofitos en pacientes con artrosis avanzada en la articulación trapecio-escafoidea, (fig. 3) son las causas más frecuentes de las tendinopatías del *FCR*. Con menor frecuencia se deben a una pseudoartrosis del escafoides no resuelta.

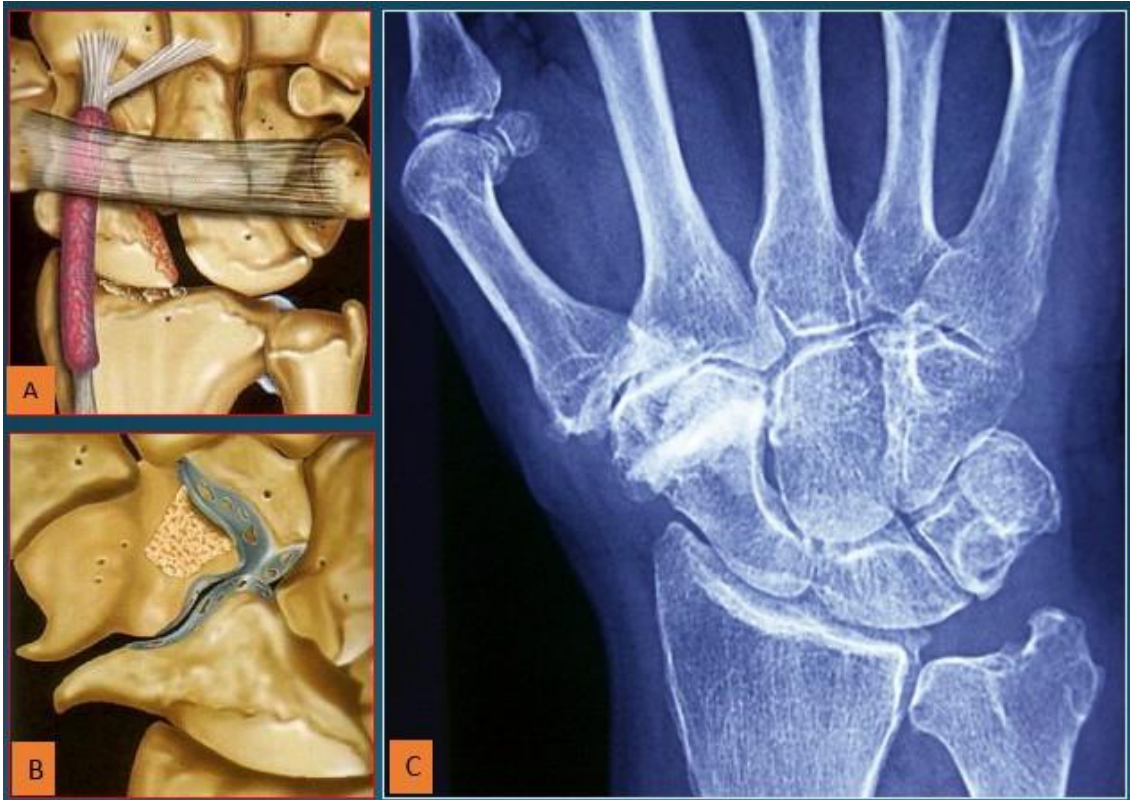


Figura 3. A: FCR distal; B: artrosis triscafoidea . C: artrosis triscafoidea y TM.

Provocar dolor mediante la flexión de la muñeca contra resistencia (fig. 4A) es una señal indicativa, como lo es la aparición en el FCR de zonas con evidente inflamación (fig.4B).

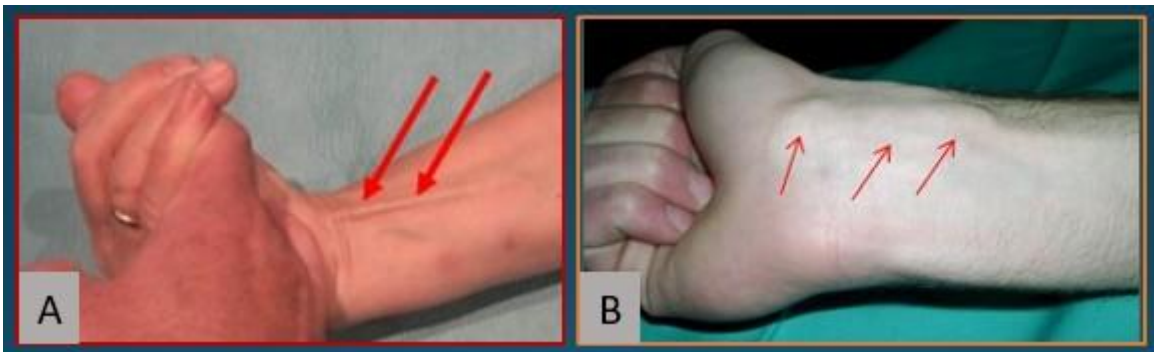


Figura 4A Maniobra de tensión del FCR . B: Engrosamiento del tendón del FCR,

Siendo el dolor un útil signo indicativo, en la mayoría de las ocasiones se necesita la obtención de Rx, Ecografía, TC o una RM , pruebas que muestran la tenosinovitis del FCR (fig.4,5,6) o su rotura (fig. 7).

En muy raras ocasiones, se presenta un flexor carpi radialis brevis^{xxx}

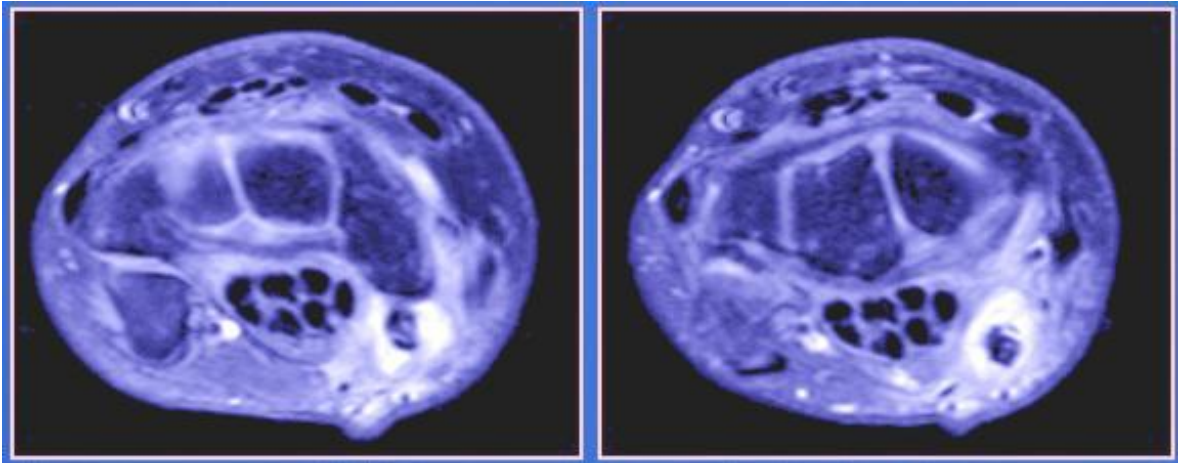


Figura 5 : tenosinovitis del FCR.

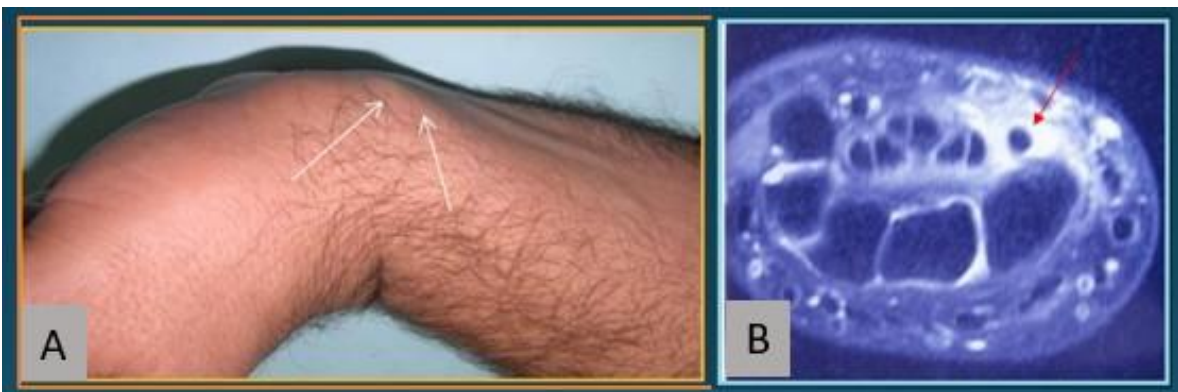


Figura 6 : A: tenosinovitis del FCR señalada por las flechas. B: imagen en la RM.

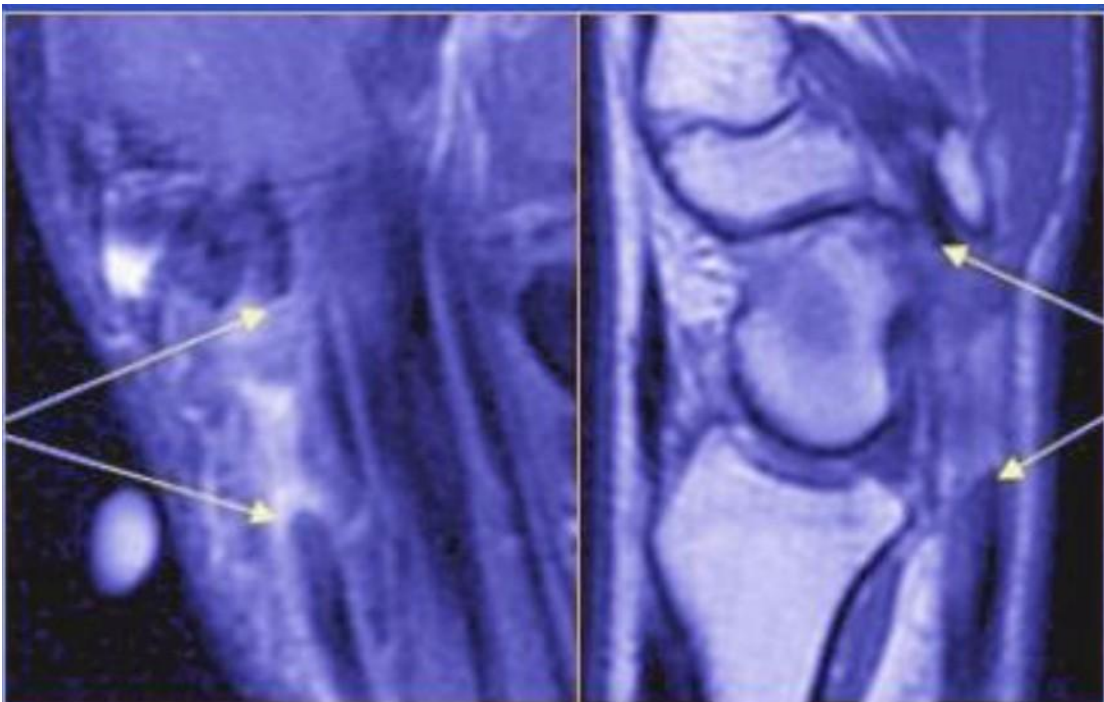


Fig.7: Rotura del tendón del FCR. Las flechas sitúan los extremos del FCR.

TRATAMIENTO

En los casos de reciente aparición en pacientes jóvenes , se debe aplicar un tratamiento conservador, con medicación tópica y rehabilitación. En los casos de larga duración tratados sin éxito, se recurre a la cirugía , extirpando el tejido inflamatorio, en ocasiones un ganglión peri-tendinoso (fig.8).



Fig.8. A: relieve en el trayecto del FCR. B: ganglión peri-tendinoso. C: extirpación.

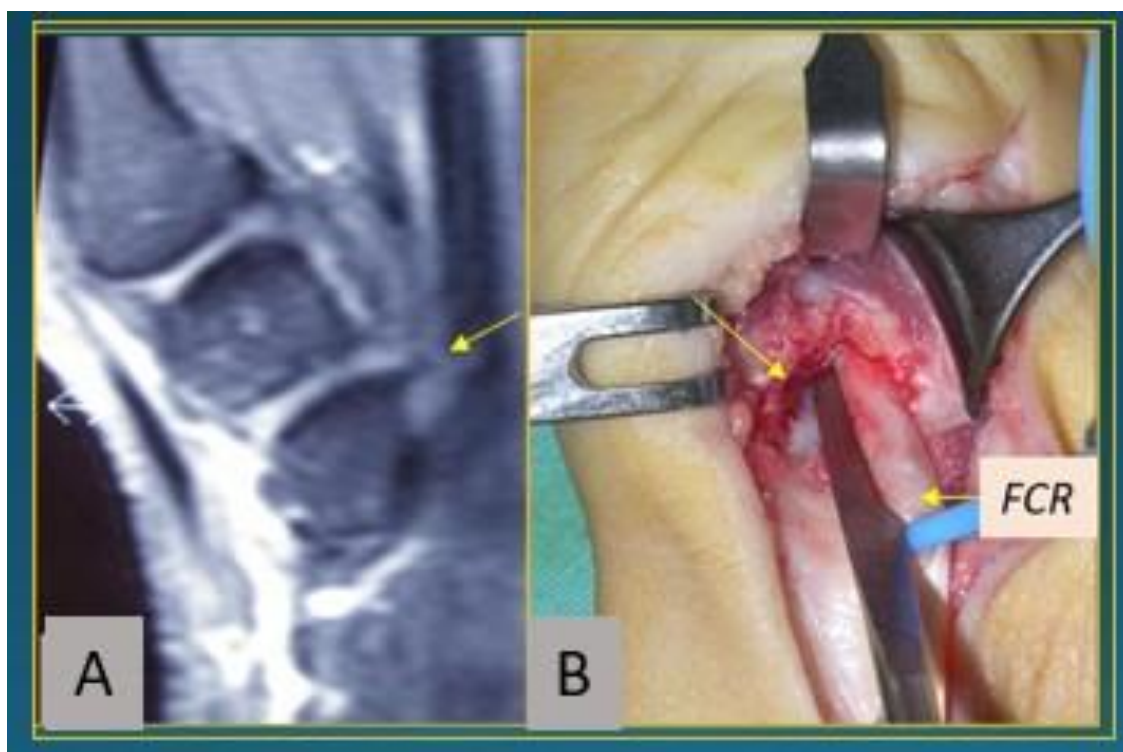


Fig.9. A: osteofito en la RM. B: imagen tras su extirpación , dejando espacio al tendón FCR.

DISCUSIÓN

En nuestra experiencia, la causa de esta lesión en pacientes jóvenes es el sobreesfuerzo laboral y/o deportivo. En la mayoría de los casos, es suficiente evitarlos, y aplicar un tratamiento médico, si es necesario haciendo una infiltración de corticoide. Cuando ya está muy avanzado es frecuentemente necesario recurrir a la cirugía, extirpando el tejido anómalo peri-tendinoso.

La presencia de osteofitos en pacientes con artrosis avanzada en la articulación trapecio-escafoidea, es en nuestra experiencia la causa más frecuente de las tendinopatías del *FCR*, como describieron en 3 pacientes *M. Tonkin* y *H. Stern*, y *L.* También *Irwing et al.* lo describieron en un varón de 57 años. Provocar dolor mediante la flexión de la muñeca contra resistencia es una señal indicativa, como lo es la aparición en el *FCR* de zonas con evidente inflamación.

En los casos de osteofitos en el escafoide y/o en el trapecio de larga duración, ya con un tamaño que disminuye significativamente el desfiladero del *FCR*, se recurre a extirparlos (fig.9) lo suficiente para comprobar que el *FCR* se puede deslizar nuevamente con holgura.

AGRADECIMIENTOS : al Dr. Manuel LLUSÁ (Barcelona) por la cesión de las figuras 1 y 2, y al Dr. Carlos IRISARRI (Vigo) por las figuras 8 y 9.

REFERENCIAS

1. Afshar A, Tabrizi A, Shariyate M. Trapezium Tunnel Syndrome . J Hand Surg Am. 2024,49,1: 51-56
2. Bishop A, Gabel G, Carmichael S. Flexor carpi radialis tendinitis . Part I. Operative anatomy. J Bone Joint Surg Am, 1994; 76, 7: 1009-14.
3. Brink P, Franssen B, Disseldorp D . A simple blind tenolysis for flexor carpi radialis tendonopathy. Hand (NY) 2015,10, 2 :323-7.
4. Gabel G, Bishop A, Wood M. Flexor carpi radialis tendinitis . Part II . Results of operative treatment. J Bone Joint Surg Am. 1994, 76,7: 1015-8.
5. Nigro RO, Anatomy of the flexor retinaculum of the wrist and the flexor carpi radialis tunnel. Hand Clinics. 2001,17,1: 61-4.

6. Parellada A, Morrison W, Reiter S. Flexor carpi radialis tendinopathy : spectrum of imaging findings and association with triscaphe arthritis . Skeletal Radiology. 2006; 35: 572-8.
7. Schmidt HM. Clinical anatomy of the m. flexor carpi radialis tendon sheath. Acta Morphol Neer Scand , 1957, 25,1: 17-28
8. Shearin J, Walters B, Yong S. Flexor carpi radialis to palmaris longus tendon transfer for spontaneous rupture of the flexor carpi radialis tendon. A review of an uncommon finding and surgical technique for operative correction. J Hand Surg Asian Pac Vol. 2016, 21, 11: 471-421.
9. Spratt J, Mehl A, Lourie G. Flexor Carpi Radialis Tendinitis : a case series and algorithm. J Hand Surg Glob Online 2024; 5, 6 (4) 534-9.
10. Tonkin M, Stern H. Spontaneous rupture of the flexor carpi radialis tendon. J Hand Surg Br. 1991; 16:72-4.