

ESTILOIDECTOMÍAS CUBITALES PARCIALES - 3 Casos

José Carlos BOTELHEIRO, Cirugía Ortopédica Hospital Lusiadas. Lisboa

Filipe FURTADO, Interno de Ortopedia, Hospital de Sant'Ana. Parede

RESUMEN

Introducción : la estiloides cubital es una rara causa de dolor en la zona cubital, tras sufrir un traumatismo de la muñeca. Generalmente sucede tras fracturas consolidadas o arrancamientos, siendo necesario una estiloidectomía parcial.

Objetivo : presentar 3 casos operados por esta rara patología.

Material y métodos : tras revisar la poca bibliografía existente sobre este tema, presentamos nuestros 3 casos operados con una estiloidectomía cubital parcial, tras el fracaso del tratamiento conservador, siendo mujeres de una edad entre 16 y 18 años. Tras la cirugía, se mantuvo la muñeca inmovilizada durante 2 semanas con una férula antebraquial-palmar.

Resultados : las 3 pacientes se recuperaron rápidamente de sus dolores y de su movilidad, retomando sus actividades deportivas, previamente imposibles.

Conclusión : el dolor en la zona de la estiloides cubital tras un traumatismo es una rara lesión, que se detecta sobre todo haciendo una palpación local. Los resultados con una estiloidectomía parcial abierta son satisfactorios.

INTRODUCCION

El impacto entre la estiloides cubital y el carpo fue descrita como causa de dolor cubital en la muñeca en 1997 por Topper y cols.¹, con base en criterios radiológicos y clínicos, sobretudo el dolor a la palpación de la estiloides cubital, y con una maniobra de dorsiflexión de la muñeca en pronación y supinación. Los pacientes fueron tratados con una estiloidectomía parcial abierta, consiguiendo buenos resultados. Estos hechos fueron confirmados por Tomaino y cols.² en 2001, quienes insistieron en el clásico test de impacto cúbito-carpo, y por Giachino y cols.³ en 2007 que utilizaron el test clínico descrito por Topper.

Herzberg⁴ en 2011, también utilizó el clásico test de desvío cubital de la mano en pronación y supinación, para confirmar el diagnóstico. Bain en 2006 y otros autores^{5,6,7} describieron el diagnóstico, y la estiloidectomía parcial por artroscopia.

Debemos recordar que la anatomía de la estiloides es variable. En ocasiones, tiene una exagerada longitud ('mega-apófisis'), y por el contrario en ocasiones es de apenas longitud.



Fig. 1 : Rx de las muñecas de una paciente de 25 años, con mega-apófisis de ambas estiloides cubitales. La muñeca izquierda (A) no tiene dolor. Lo tiene en la mano derecha (B,C), mano dominante. La han infiltrado en 2 ocasiones sin éxito. Está pendiente de cirugía.

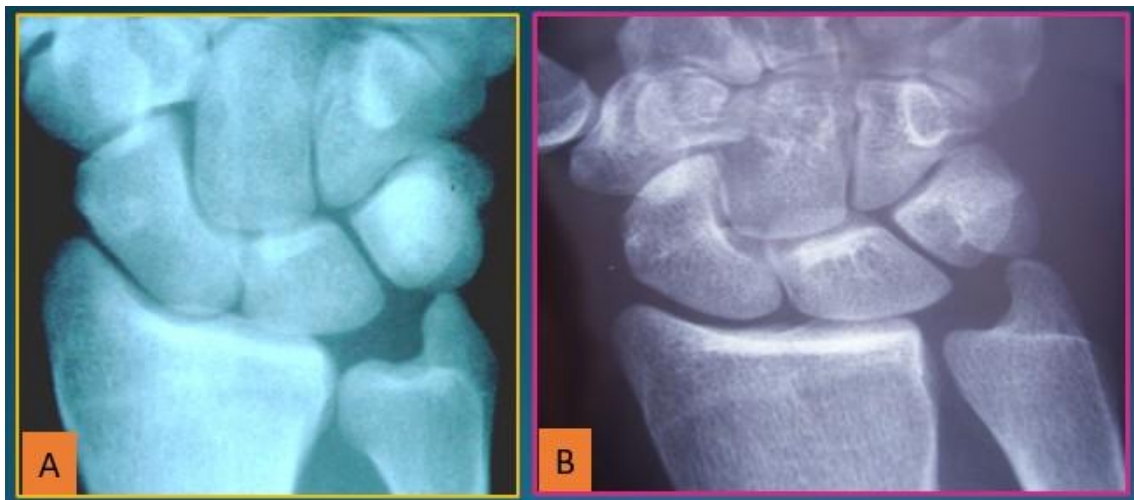


Fig. 2 : 'mega-apófisis' cubital en un varón (A) y en una joven (B).

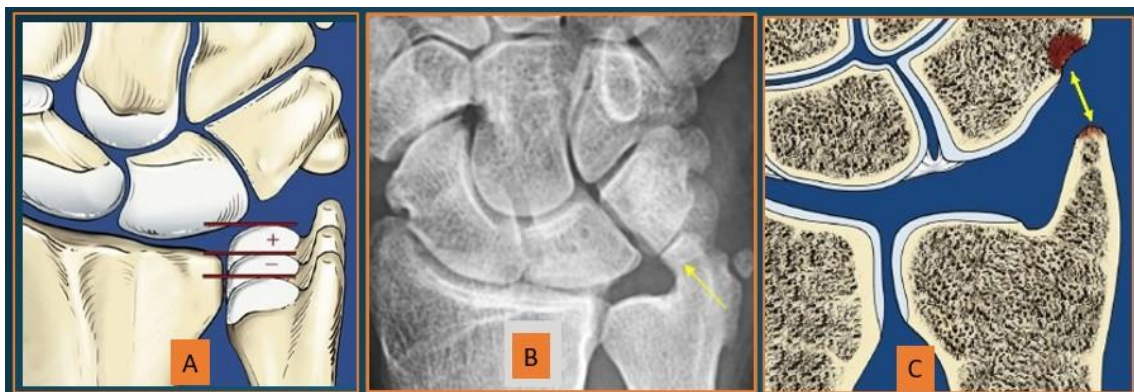


Fig.3:A: distintas longitudes de la estiloides. B: mega-estiloides. C: su impacto con el piramidal.

Otra alternativa para acortar la estiloides cubital, es la extirpación de un pequeño segmento, fijando el fragmento distal con un tornillo. (D'Agostino y cols.¹¹). No tenemos experiencia con esta técnica, que nos parece más compleja.

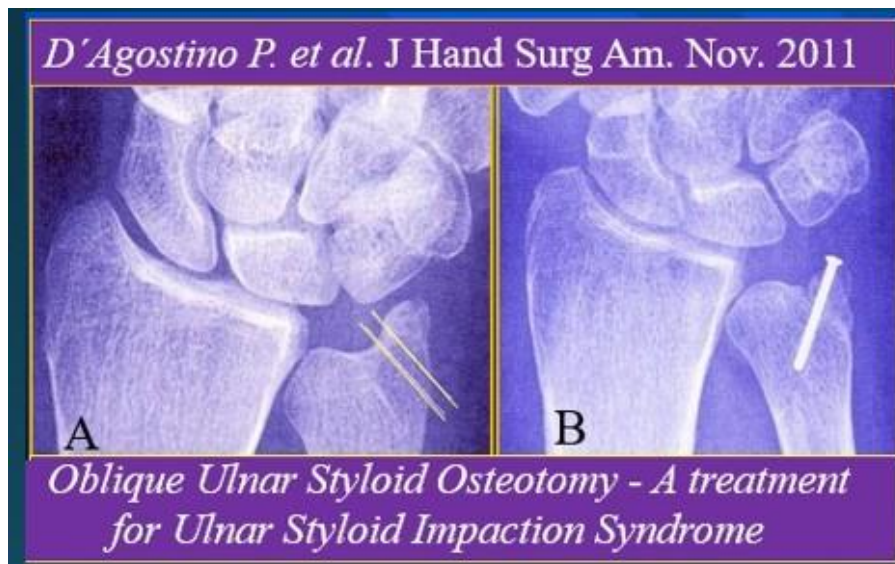


Fig.4: Técnica de D'Agostino y cols. ¹¹

OBJETIVO

Presentamos 3 casos de esta rara patología , operados con buenos resultados.

MATERIAL, MÉTODOS y RESULTADOS

CASO 1 : mujer, nacida en 1993, practicante del judo. En 2009 se torció la muñeca izquierda gravemente. Posiblemente se fracturó la estiloides cubital, pero no fue diagnosticada ni inmovilizada. Meses más tarde todavía tenía un severo dolor, pese a una fisioterapia prolongada. La radiografía y el TAC revelaron una estiloides cubital de forma y volumen anormal (fig.5). Las imágenes de la RM eran sugestivas de que sufriera una rotura central del fibrocartílago triangular. Mejoró un poco con una infiltración de corticoide.

Consultó al Dr. Garcia-Elias (Barcelona), quien recomendó la excisión de la parte distal de la apófisis estiloides, conservando la inserción del complejo fibrocartílago triangular (TFCC). El 12-1-2011 se le hizo la estiloidectomía cubital distal (fig.5) y la excisión del meniscoide, que estaba suelto. Se eliminó el dolor, retornando a la práctica de actividades deportivas normales, pero desistió del deporte de competición.

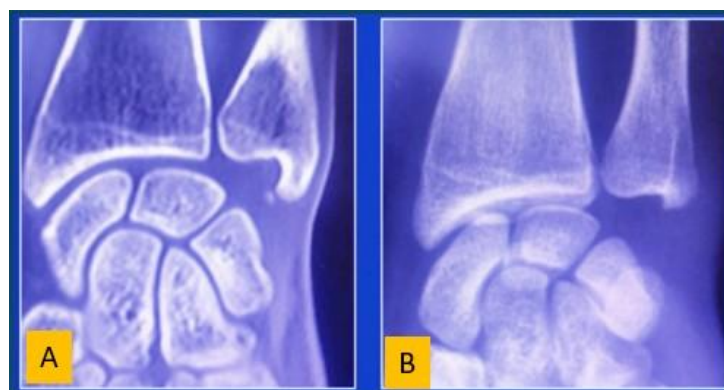


Fig. 5: Estiloides cubital en el TAC (A) y Rx post-operatoria (B)

CASO II: mujer , que el 11-2017 acudió a consulta por dolor cubital en la muñeca derecha. Cuatro años antes había sufrido una fractura del antebrazo , tratada con un yeso. La supinación de la mano, y la palpación de la estiloides le causaban mucho dolor. Tenía que utilizar una férula, y hacer fisioterapia prolongada. La radiografía (fig.6A) mostró una mega-apófisis cubital, y la RM una lesión del fibrocartilago triangular. La infiltración de corticoide no logró mejoría. El 5-1-2018, se le hizo la excisión del segmento distal de la estiloides cubital (fig.6B). En fecha 21-2-2018, tenía mucho menos dolor, pudiendo retirar la férula. Comenzó a hacer fisioterapia, y paulatinamente gimnasia.

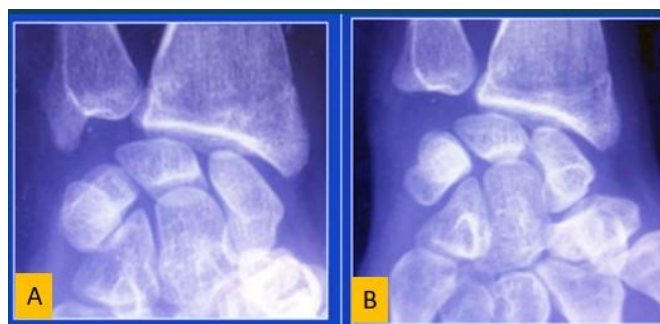


Fig.6: Radiografías preoperatoria (A) y post-operatoria (B).

CASO III : mujer de 16 años, que sufrió el arrancamiento de la estiloides cubital derecha el 11-2017. No mejoró con fisioterapia, por lo que se le infiltró corticoide, con un buen resultado. Pero el 10-2018 había recidivado el dolor en la estiloides al desviar cubitalmente la mano. La radiografía reveló una discreta mega-apófisis. Se le hizo una estiloidectomía cubital parcial, consiguiendo su curación, sin recurrir a la fisioterapia. En una radiografía a los 7 años, se observó la remodelación de la estiloides cubital (fig.7D).

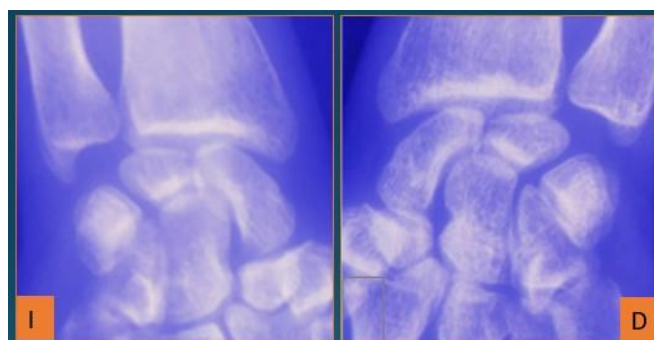


Fig. 7 : I: mano izquierda sana. D : mano derecha, la operada, a los 7 años de la cirugía.

DISCUSIÓN

En esta pequeña serie destaca la homogeneidad de sus casos , por ser causados por traumatismos, y afectando a mujeres jóvenes. Las tres pacientes tenían mucho dolor al palpar la estiloides cubital. Curiosamente, al hacer la excisión parcial de la estiloides con una pinza gubia, su hueso nos pareció muy frágil, lo que motivó una excisión demasiado

alargada en un caso. En la primera paciente encontramos un meniscoide duro y suelto, que extirpamos.

Curiosamente los especialistas en artroscopia nunca lo mencionan, pese a que estos casos son descritos en la literatura⁸. En nuestra pequeña serie, los resultados de una estiloidectomía parcial fueron uniformemente satisfactorios⁶.

Sin embargo fue descrita en la literatura, una rotura tendinosa del "extensor común de los dedos" después de una estiloidectomía cubital alargada⁹ y de un fracaso de una cirugía artroscópica, que fue seguida por una cirugía abierta con buenos resultados¹⁰. El abordaje quirúrgico de la estiloides cubital, debe ser cuidadoso para no lesionar la rama cutánea dorsal del nervio cubital, que normalmente - pero no siempre - está distante de la punta de la estiloides cubital¹².

CONCLUSIÓN

Los casos de dolor generados por una estiloides cubital más larga de lo normal, ya sea por anomalías de nacimiento o por secuelas de sus traumatismos, pueden ser solucionados por su extirpación. Como norma, es prudente conservar la parte proximal de la estiloides, para que el complejo fibrocartílago triangular se mantenga suficientemente tenso, cumpliendo su función.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. M. Garcia-Elias por su apoyo en el primer caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Topper S, Wood M, Ruby L. Ulnar styloid impaction syndrome. J Hand Surg Am. 1997; 22 ,4 :699-704. doi:10.1016/S0363-5023(97) 80131-1.PMID:9260629.
2. Tomaino M, Gainer M, Towers J. Carpal impaction with the ulnar styloid process: treatment with partial styloid resection. J Hand Surg Br. 2001; 26 , 3 :252-5. doi: 10.1054/ jhsb.2001.0591. PMID:11386778.
3. Giachino A, McIntyre AI, Guy KJ, et al. Ulnar styloid triquetral impaction. Hand Surg. 2007;12, 2:123-34. doi:10.1142/S0218810407003456.PMID:18098365.
4. Herzberg G. Chronic ulnar wrist pain in adults: diagnosis and treatment principles. Chir. Main . 2011, 30 , 5 :313-22. doi: 10.1016/ j.main.2011.09.005. Epub 2011 Oct 14. French.
5. Bain G, Bidwell T. Arthroscopic excision of ulnar styloid in stylocarpal impaction. Arthroscopy. 2006, 22, 6: 677.e1-3. doi:10.1016/ j.arthro.2006.04.083.PMID:16762709.
6. Maniglio M, Weber A, Wanivenhaus C, et al. What Is the best surgical treatment for ulnar styloid impaction syndrome? - A systematic review. J Hand Surg Asian Pacific. 2026 ; 31, 3: 259-267. doi: 10.1142/ S2424835526500311.Epub2026May12.PMID:42117207.
7. Slutsky D. Arthroscopic management of ulnocarpal impaction syndrome and ulnar styloid

impaction syndrome. Hand Clin. 2017; 33, 4 : 639-650. doi: 10.1016/j.hcl.2017.07.002. PMID: 28991576.

8. Zahiri H, Zahiri C, Ravari F. Ulnar styloid impingement syndrome. Int Orthop.2010;34 8:1233-7. doi: 10.1007/s00264-010-0969-9. Epub 2010 Feb 26. PMID: 20186414; PMCID: PMC2989055.

9. Friedman B, Yaffe B, Kamchin M, et al. Rupture of extensor digitorum communis after distal ulnar styloidectomy. J Hand Surg Am.1986;11, 6:818-22. doi: 10.1016/s0363-5023(86)80229-5. PMID:3794236.

10. Ahsan ZS, Rivlin M, Jupiter JB. Ulnar-sided wrist pain due to long ulnar styloid: A case report. J Wrist Surg. 2016, 5, 4:311-4. doi: 10.1055/s-0035-1570743. Epub 2016 Jan 15. PMID: 27777823; PMCID:PMC5074839.

11. D'Agostino P, Townley WA, Le Viet D, et al. Oblique ulnar styloid osteotomy--a treatment for ulnar styloid impaction syndrome. J Hand Surg Am. 2011, 36, 11: 1785-9. doi: 10.1016 / j. jhsa. 2011.07.023. Epub 2011 Oct 5. PMID: 21975097.

12. Uerpaiojkit C, Kittithamvongs P, Puthiwara D, et al . Surgical anatomy of the dorsal cutaneous branch of the ulnar nerve and its clinical significance in surgery at the ulnar side of the wrist. J Hand Surg Eur. 2019;44,3:263-8. doi: 10.1177/1753193418815800. Epub 2018 Dec 5. PMID: 3051828

