

PRESENTACIÓN DE CASOS

# Rotura de los tendones extensores de los dedos por cúbito plus idiopático bilateral

## Informe de un caso

GUSTAVO A. BREGLIA y NÉSTOR M. FRACALOSSO

*Fundación Médica de Río Negro y Neuquén  
Equipo de Cirugía de Mano y Miembro Superior*

### Caso clínico

En marzo de 2005 asistió a la consulta un paciente de 62 años por presentar impotencia funcional para la extensión de los dedos anular y meñique de la mano derecha. No había sufrido traumatismos en una fecha cercana a la consulta ni antes, ni tampoco procesos inflamatorios articulares. En la anamnesis comentó que este trastorno lo había heredado de su madre, ya fallecida. Recordaba algunos familiares que también habían sufrido lo mismo.

En el examen físico se observaba una mano eutrófica, con un extremo cubital prominente, sin alteraciones neurovasculares. Al efectuar la maniobra de flexión pasiva de la muñeca, los dedos afectados no se extendían. Se realizaron exámenes complementarios por imágenes y de laboratorio en busca de parámetros de enfermedad reumática. En las radiografías de ambas muñecas se apreció la presencia de un cúbito plus bilateral con profundización y afinamiento de la cavidad sigmoidea radial (Fig. 1). Los exámenes de laboratorio mostraron como signos relevantes una velocidad de eritrosedimentación de 7 mm en la primera hora y proteína C reactiva negativa; las pruebas de Rose Ragan, factor reumatoideo y anticuerpo antinuclear fueron negativas.

Se interpretó el caso como una rotura de los tendones extensores de los dedos por fricción del extremo distal del cúbito en el cuarto y el quinto compartimiento extensor, de carácter idiopático.

Se realizó una resección del extremo cubital (cirugía de Darrach) y sutura terminolateral del extremo distal de los

tendones extensores de los dedos anular y meñique con los de los dedos mayor e índice.

El paciente evolucionó favorablemente y concurrió sólo a dos controles posoperatorios.

Pasados 5 años el paciente consultó nuevamente por el mismo cuadro en la mano contralateral, pero esta vez con afección de la extensión de los dedos mayor, anular y meñique (Fig. 2).

En esta oportunidad se realizó la tenorrafia terminolateral al tendón extensor del dedo índice y la resección del extremo distal del cúbito (Fig. 3A, B y C). El paciente fue controlado hasta el alta, con resultados satisfactorios, y retornó a sus tareas de albañil.

### Discusión

En 1948, Vaughan-Jackson<sup>1</sup> describió por primera vez en la literatura médica dos casos de rotura de los tendones extensores de los dedos de la mano por fricción a nivel de la articulación radiocubital distal y le dio el nombre al síndrome homónimo, el cual se transpola tanto para la rotura de origen reumático o artrósico. Lo interesante de esta comunicación fue, en su momento, la puesta de manifiesto de una causa poco común de rotura tendinosa, en comparación con la forma reumática de presentación, por mucho, más frecuente.

También se describieron causas de roturas asociadas a condiciones menos comunes, como deformidades adquiridas, secuelas a fracturas o luxaciones crónicas de la articulación radiocubital distal,<sup>2</sup> o congénitas, como la deformidad de Madelung;<sup>3</sup> todas ellas tienen en común el cambio de la arquitectura ósea.

En el origen reumático de la afección, la etiología de la rotura está mediada por dos mecanismos: por un lado, la asociación de hipoxia, angiogénesis e invasión tenosinovial del tendón y, por el otro, la abrasión mecánica

---

Recibido el 14-6-2012. Aceptado luego de la evaluación el 19-8-2012.

Correspondencia:

Dr. GUSTAVO ALBERTO BREGLIA  
gustavo.breglia@yahoo.com.ar



**Figura 1. A y B.** Aspecto radiográfico, frente y perfil.

como consecuencia del movimiento del tendón por un hueso irregular lesionado por la sinovitis crónica. A nivel de la articulación radiocubital distal, el borde erosionado de la cabeza cubital lesiona los tendones extensores durante los movimientos de pronación y supinación.<sup>4,5</sup>

La rotura, en los casos artrósicos, se produce por la invasión de espículas óseas u osteofitos provenientes de la cara dorsal de la articulación radiocubital distal afectada en el compartimiento extensor, casi siempre el cuarto y el quinto, donde genera la atrición de los extensores de los dedos comenzando por el meñique y el anular, y prosiguiendo en dirección radial. En estos casos rara vez están comprometidos el sexto compartimiento y su contenido.<sup>6,7</sup>



**Figura 2.** Déficit de extensión de los dedos mayor, anular y meñique.



**Figura 3. A.** Aspecto de los tendones extensores lesionados y extremo distal del cúbito. **B.** Aspecto luego de la reparación tendinosa y la resección cubital. **C.** Radiografías posoperatorias bilaterales.

Autores japoneses comunicaron las series más importantes de roturas tendinosas por cúbito plus no artrósico, reumático o secuelar. Tada<sup>8</sup> describió 8 casos en 1991, todos ellos con una variancia cubital de entre 6 y 12 mm, asociados con roturas tendinosas. En 1994, Okuda<sup>9</sup> publicó acerca de una afección familiar con cambios degenerativos en la articulación radiocubital distal, con marcado cúbito plus, y rotura de los tendones extensores del meñique y anular, que comprometía a cuatro miembros de una familia. Según refiere el autor en su comunicación, no hay en los registros médicos antecedentes del carácter hereditario de esta dolencia.

Existen algunas coincidencias entre el presente caso y lo publicado por Okuda y Tada: la condición hereditaria de la afección y la llamativa variancia cubital positiva. Si bien en el presente caso no pudo demostrarse fehacientemente el origen hereditario más allá de la anamnesis, en este paciente la variancia cubital positiva fue de 15 mm

en la muñeca derecha y 13 mm en la izquierda; en el lado derecho se vieron afectados los tendones extensor propio del meñique y extensor común del meñique y el anular, y en el izquierdo se lesionaron el extensor propio del meñique y el extensor común correspondiente al meñique, el anular y el mayor.

En conclusión, se presenta el caso de un paciente con una marcada variancia cubital bilateral, probablemente de origen familiar, lo cual sólo fue recogido como dato en la anamnesis; lo que condicionó la rotura por atrición de los tendones extensores de los dedos meñique y anular del lado derecho y meñique, anular y mayor del lado izquierdo.

Se resolvió mediante una artroplastia por resección según la técnica de Darrach, y sutura terminolateral a los tendones extensores sanos.

Sólo hay una comunicación en la bibliografía internacional que presenta el origen hereditario de la variancia cubital con rotura tendinosa asociada.

## Bibliografía

1. **Vaughan-Jackson OJ.** Rupture of extensor tendons by attrition at the inferior radio-ulnar joint; report of two cases. *J Bone Joint Surg Br* 1948;30(3):528-30.
2. **Lozano Moreno FJ.** Rupture of extensor tendons due to chronic post-traumatic distal radio-ulnar dislocation. Case report. *Acta Ortop Mex* 2007;21(2):96-8.
3. **Ducloyer P, Leclercq C, Lisfranc R, Saffar P.** Spontaneous ruptures of the extensor tendons of the fingers in Madelung's deformity. *J Hand Surg Br* 1991;16(3):329-33.
4. **Leslie BM.** Rheumatoid extensor tendon ruptures. *Hand Clin* 1989;5(2):191-202.
5. **Sivakumar B, Akhavani MA, Winlove CP, Taylor PC, Paleolog EM, Kang N.** Synovial hypoxia as a cause of tendon rupture in rheumatoid arthritis. *J Hand Surg Am* 2008;33(1):49-58.
6. **Carr AJ, Burge PD.** Rupture of extensor tendons due to osteoarthritis of the distal radio-ulnar joint. *J Hand Surg Br* 1992;17(6):694-6.
7. **Yamazaki H, Uchiyama S, Hata Y, Murakami N, Kato H.** Extensor tendon rupture associated with osteoarthritis of the distal radioulnar joint. *J Hand Surg Eur Vol* 2008;33(4):469-74.
8. **Tada H, Hirayama T, Takemitsu Y.** Extensor tendon rupture after osteoarthrosis of the wrist associated with nonrheumatoid positive ulnar variance. *Clin Orthop Relat Res* 1991;(262):141-7.
9. **Okuda Y, Morito T, Tamai K, Hirasawa Y.** Familial positive ulnar variance with secondary radioulnar joint arthritis and extensor tendon ruptures. *J Hand Surg Am* 1994;19(3):405-9.