9as JORNADAS ANDALUZAS DE RESIDENTES Y TUTORES
SAMFyC Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
CABRA (Córdoba) 22-23 OCTUBRE HOTEL FUENTE LAS PIEDRAS 2026

Código: 9/120

Titulo: No todo son tendinitis… ¿Por qué algunos pacientes no le dan importancia a determinados signos evidentes?

Héctor Manuel Pérez Díaz, médico R3 de MFyC, área sanitaria de Osuna, Sevilla.
Antonio David Sánchez González, especialista en MFyC y en COT, área sanitaria Sur de Sevilla.
Ana Águeda Romero Gandul, especialista en MFyC, tutora de residentes, área sanitaria de Osuna, Sevilla.

Caso Clínico

Anamnesis: mujer de 44 años sin antecedentes personales o familiares de interés. Tras consultar por cansancio y dolorimiento articular pone énfasis en el codo izquierdo, donde cuanta dolor en la zona epicondilar externa sin signos flogóticos asociados.
Exploración: aspecto externo del codo normal. Llama la atención un arco de prono-supinación limitado a 60º globalmente.
Pruebas complementarias: se adjuntan. Se evidencia una fusión proximal del radio y del cúbito, una sinóstosis de apariencia ósea con deformidad evidente de la cabeza del radio.
Enfoque familiar: la paciente siempre achacó esa limitación a "algo de nacimiento". Al no causarle perjuicio en sus actividades de la vida diaria nunca le dio importancia pese a la importante limitación de la prono-supinación.
Juicio clínico: sinóstosis radio-cubital proximal del codo izquierdo.
Plan de acción: se derivó al servicio de Traumatología para completar el estudio y el tratamiento si procedía.
Evolución: el traumatólogo tras la valoración del caso solicitó una resonancia magnética que demostró la sinóstosis de tipo óseo, aunque el informe radiológico informó de una deformidad secuelar por fractura antigua que en ningún caso fue reconocida por la paciente. Ella, además, siempre mantuvo que la limitación del codo fue desde el nacimiento.

Conclusiones:
La sinóstosis radio-cubital proximal es una malformación congénita rara, afecta de forma bilateral al 60% de los casos y se distribuye de forma similar entre ambos sexos. Hasta en un 20 % de los casos puede haber antecedentes familiares.
La mayoría de las veces el tratamiento es conservador ya que se mantiene una buena funcionalidad de la mano. Se deben investigar otras malformaciones menores o asociaciones a cuadros sindrómicos como el Poland.

Bibliografía:
1. Dogra BB, Singh M, Malik A. Congenital proximal radioulnar synostosis. Indian J Plast Surg. 2003; 36: 36-8.
2. Rizzo R, Pavone V, Corsello G, Sorge G, Neri G, Opitz JM. Autosomal dominant and sporadic radio-ulnar synostosis. Am J Med Genet. 1997; 68: 127-34.
3. Zwart Milego JJ. Sinostosis radiocubital congénita. Rev Esp Cir Ost. 1983;18:241-4.
4. Elliott AM, Kibria L, Reed MH. The developmental spectrum of proximal radioulnar synostosis. Skeletal Radiol. 2010; 39: 49-54.
5. Braña A, Montes S. Sinostosis radiocubital congénita. Rev Esp Cir Ost. 1980, 15: 33-45.
6. Cleary JE, Omer GE. Congenital proximal radioulnar synostosis. Natural history and functional assessment. J Bone Joint Surg. 1985; 67: 539-44.
7. Martínez-Martínez F, Moreno-Fernández JM, García-López A. Tratamiento de la sinostosis radiocubital proximal mediante la interposición de colgajo interóseo posterior de flujo anterógrado. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2014; 58: 120-4.
8. Balado Viloria J, García Amaro M, Gianchandani C, Acitores Suz E. ¿Por qué este niño coge mal los cubiertos? Un caso de sinóstosis radiocubital. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018; 20: 69-72.





