



CASO CLÍNICO

Inestabilidad del extensor *carpi ulnaris* como causa poco frecuente de dolor cubital de muñeca

A. Collado-Sánchez¹, C. González-Zamora¹, I. Miranda-Gómez²

¹ Mutua Universal Valencia

² Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Correspondencia:

Dr. Ignacio Miranda Gómez

Correo electrónico: nachomigo@hotmail.com

Recibido el 17 de mayo de 2021

Aceptado el 4 de mayo de 2022

Disponible en Internet: junio de 2022

RESUMEN

El dolor cubital de muñeca es un motivo de consulta frecuente en atletas y en trabajadores manuales. La inestabilidad del extensor *carpi ulnaris* (ECU) es relativamente rara, pero puede producirse a consecuencia de su sobreutilización y/o de mecanismos traumáticos agudos. Se presenta un caso de inestabilidad del ECU tras un traumatismo en el que se produjo una fractura del ganchoso y se diagnosticó la inestabilidad del ECU tras el tratamiento conservador de la fractura, debido a la persistencia del dolor cubital de muñeca. Se realizó un tratamiento quirúrgico mediante la reconstrucción de la subvaina del VI compartimento de los extensores, consiguiendo una recuperación completa y el retorno a la actividad laboral. La inestabilidad del ECU debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor cubital de muñeca, para evitar demorar el diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado desde el inicio.

Palabras clave: Extensor *carpi ulnaris*. Dolor cubital de muñeca. Inestabilidad ECU.

ABSTRACT

Instability of the extensor *carpi ulnaris* as a rare cause of ulnar wrist pain

Ulnar wrist pain is a frequent complaint in athletes and manual workers. Extensor *carpi ulnaris* (ECU) instability is relatively rare, but can occur as a result of overuse and/or acute traumatic mechanisms. We present a case of ECU instability after trauma in which a hamate fracture occurred and ECU instability was diagnosed after conservative treatment of the fracture, due to persistent ulnar wrist pain. Surgical treatment was performed by reconstructing the subsheath of the VI compartment of the extensors, achieving a complete recovery and return to work. ECU instability must be taken into account in the differential diagnosis of ulnar wrist pain, to avoid delays in diagnosis and to carry out adequate treatment from the beginning.

Key words: Extensor *carpi ulnaris*. Ulnar wrist pain. ECU instability.



<https://doi.org/10.24129/j.retla.05109.fs2105015>

© 2022 Sociedad Española de Traumatología Laboral. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El dolor cubital de muñeca es un motivo de consulta frecuente en atletas, debido a una combinación de sobreutilización (microtraumatismos de repetición) unida a lesiones agudas traumáticas^(1,2). Las lesiones se producen por mecanismos forzados de rotaciones del antebrazo (pronación y supinación), flexión y extensión de muñeca y desviaciones radiales o cubitales de la muñeca^(1,2). Estos mismos mecanismos pueden darse en trabajadores manuales, por lo que, aunque esté mucho menos descrito en la literatura, el dolor cubital de muñeca es una causa frecuente de consulta en el entorno de la patología laboral.

Ante un dolor cubital de muñeca deben descartarse lesiones anatómicas y/o funcionales en el complejo fibrocartilago triangular (TFCC) –lesiones de la articulación radiocubital distal (DRUJ)–, lesiones del extensor *carpi ulnaris* (ECU), lesiones del flexor *carpi ulnaris* (FCU) o un síndrome de impactación ulnocarpiana⁽¹⁻³⁾.

El ECU se inserta en la base del quinto metacarpiano y en el epicóndilo lateral del húmero; al nivel de la muñeca

pasa a través del VI compartimento de los extensores^(2,4) (**Figura 1A**). La inestabilidad del ECU se produce cuando hay una lesión de la subvaina que conforma el VI compartimento de los extensores y que la hace insuficiente para mantener el ECU dentro de este con los movimientos de pronosupinación del antebrazo^(5,6). La supinación, la flexión y la desviación cubital enérgicas de la muñeca pueden provocar la rotura de la subvaina del tendón del ECU o una subluxación volar del tendón fuera del surco cubital distal^(4,5,7,8).

El tratamiento de elección de la inestabilidad del ECU es el conservador, con inmovilización de la muñeca en ligera desviación radial y extensión, con el antebrazo en pronación, para intentar que la subvaina del ECU cicatrice^(2,5,6). El tratamiento quirúrgico se indica en casos refractarios al tratamiento conservador e incluye distintas técnicas para la reconstrucción del VI compartimento de los extensores (reparación directa de la subvaina, reconstrucción mediante *flap* del retináculo extensor, parches de fascia e injertos tendinosos)⁽²⁻¹⁰⁾. En algunos casos de atletas de alto rendimiento, algunos autores proponen el tratamiento quirúrgico en agudo de la inestabilidad del ECU^(1,2,4,7).

El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia de incluir la inestabilidad del ECU, una patología típica de atletas, dentro del diagnóstico diferencial en el dolor cubital de muñeca de origen laboral para evitar demoras en el diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 34 años, trabajadora manual. Tras una caída en su puesto de trabajo sobre la muñeca, es diagnosticada de fractura del cuerpo del gancho (mediante radiografía simple y tomografía computarizada realizadas en el Servicio de Urgencias). Es tratada conservadoramente con inmovilización 8 semanas y posteriormente con tratamiento rehabilitador.

Es remitida a la consulta de ortopedia a los 4 meses porque persistía el dolor de muñeca a pesar de haberse objetivado consolidación de la fractura y haberse completado el programa de rehabilitación. Se revisan las pruebas complementarias y se comprueba que ha consolidado la fractura del gancho. En la exploración física se observó un dolor cubital de muñeca y se objetivó una inestabilidad dinámica del ECU con los movimientos de pronosupinación. Con la sospecha de inestabilidad del ECU, se realizó una resonancia magnética (RM), donde se objetivó que el ECU se encontraba fuera del VI compartimento extensor (**Figura 1B**) y que permitió descartar una lesión del TFCC o de la DRUJ.

La paciente fue intervenida mediante cirugía abierta, realizándose una reconstrucción de la vaina del VI compartimento extensor, utilizando un *flap* del retináculo extensor (**Figura 2**). Se comprobó intraoperatoriamente la

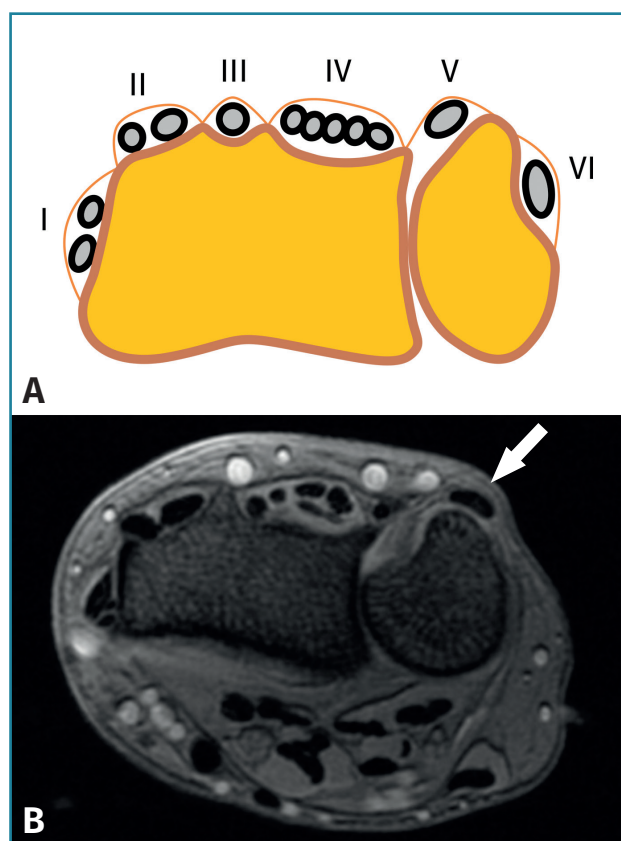


Figura 1. A: esquema de un corte metafisario de cúbito y radio donde se observan los 6 compartimentos de los extensores (I, II, III, IV, V, VI); B: imagen de resonancia magnética de la paciente donde se observa el extensor *carpi ulnaris* luxado (señalado por la flecha), fuera del VI compartimento de los extensores.



Figura 2. Imagen quirúrgica donde se observa la reconstrucción del VI compartimento de los extensores.

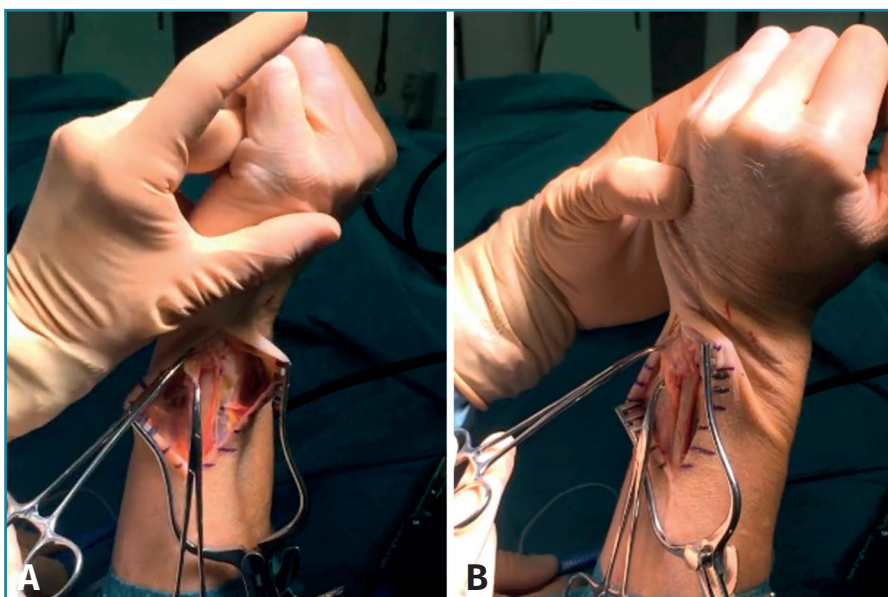


Figura 3. Imagen intraoperatoria donde se observa la estabilidad del ECU en pronación (A) y en supinación (B).

estabilidad con la pronación y la supinación de la muñeca (**Figura 3**). El protocolo posquirúrgico incluyó rehabilitación tras una inmovilización de 10 días y la evaluación dinámica de la estabilidad con ecografía. Después de 2 meses de tratamiento rehabilitador se consiguió un balance articular y muscular completo, así como la desaparición del dolor, por lo que pudo reincorporarse a su actividad laboral habitual sin secuelas.

Discusión

En el caso que se presenta, se realizó el diagnóstico de inestabilidad del ECU en fase subaguda o crónica. Ini-

cialmente, esta lesión no fue diagnosticada en urgencias, ya que la paciente fue diagnosticada de fractura del gancho y tratada mediante inmovilización y posteriormente con fisioterapia. Al persistir el dolor cubital de la muñeca, fue remitida a la consulta de ortopedia, donde se realizó el diagnóstico de inestabilidad del ECU, que fue confirmado mediante RM, que a su vez confirmó la consolidación del gancho y la ausencia de otras lesiones en el TFCC o la DRUJ. Debido al tiempo de evolución y a que la paciente había sido inmovilizada por la fractura, se consideró que la inestabilidad del ECU era refractaria al tratamiento conservador y de acuerdo con lo descrito en la bibliografía^(2-7,9), se decidió realizar un tratamiento quirúrgico. Debido al tiempo de evolución, no fue posible realizar una sutura directa de la subvaina del VI compartimento, por lo que se realizó una reconstrucción utilizando un *flap* del retináculo de los extensores, similar al descrito en la literatura^(6-8,10).

Se consiguió una recuperación completa de la función de la muñeca y la reincorporación de la paciente a su actividad laboral previa sin secuelas, tal y como ha sido descrito por otros autores^(4,6,7,10).

Si el diagnóstico hubiese sido hecho en el contacto inicial, se hubiesen acortado los plazos y el tiempo total de recuperación de la lesión hubiese sido presumiblemente más corto. El ECU Synergy Test es un test clínico que puede ayudar a diferenciar entre patología intraarticular y extraarticular ante un dolor en el borde cubital de la muñeca⁽¹¹⁾.

En conclusión, la inestabilidad del ECU debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor cubital de la muñeca para evitar que se produzcan demoras en el diagnóstico y poder realizar un tratamiento adecuado desde el inicio. La reconstrucción quirúrgica unida a un adecuado tratamiento postoperatorio permiten una recuperación de la función de la muñeca

en los casos de inestabilidad del ECU refractarios al tratamiento conservador.

Agradecimientos

A Adrián Arias Machado, auxiliar de enfermería y celador de quirófano, por su participación en la obtención de las fotos intraoperatorias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Dineen HA, Greenberg JA. Ulnar-Sided Wrist Pain in the Athlete. *Clin Sports Med.* 2020;39:373-400.
2. Pang EQ, Yao J. Ulnar-sided wrist pain in the athlete (TFCC/DRUJ/ECU). *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2017;10:53-61.
3. Crosby NE, Greenberg JA. Ulnar-Sided Wrist Pain in the Athlete. *Clin Sports Med.* 2015;34:127-41.
4. MacLennan AJ, Nemecek NM, Waitayawinyu T, Trumble TE. Diagnosis and Anatomic Reconstruction of Extensor Carpi Ulnaris Subluxation. *J Hand Surg Am.* 2008;33:59-64.
5. Ruchelsman DE, Vitale MA. Extensor Carpi Ulnaris Subsheath Reconstruction. *J Hand Surg Am.* 2016;41:e433-9.
6. Iorio ML, Huang JJ. Extensor carpi ulnaris subluxation. *J Hand Surg Am.* 2014;39:1400-2.
7. Inoue G, Tamura Y. Surgical treatment for recurrent dislocation of the extensor carpi ulnaris tendon. *J Hand Surg Am.* 2001;26:556-9.
8. Allende C, Le Viet D. Extensor carpi ulnaris problems at the wrist-classification, surgical treatment and results. *J Hand Surg Am.* 2005;30:265-72.
9. Graham TJ. Pathologies of the Extensor Carpi Ulnaris (ECU) Tendon and its Investments in the Athlete. *Hand Clin.* 2012;28:345-56.
10. Eckhardt WA, Palmer AK. Recurrent dislocation of extensor carpi ulnaris tendon. *J Hand Surg Am.* 1981;6:629-31.
11. Ruland RT, Hogan CJ. The ECU Synergy Test: an aid to diagnose ECU tendonitis. *J Hand Surg Am.* 2008;33(10):1777-82.