



¿Qué hacer ante una inestabilidad escafolunar aguda postraumática bilateral?

Ligamentoplastia artroscópica, a propósito de un caso.

Alejandro Cuenca Copete, Sergio Losa Palacios, Joaquín Alfaro Micó, María del Carmen Viejobueno Mayordomo, Paola Alexandra Muñoz Chimbó.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La inestabilidad escafolunar es una patología frecuente que engloba un amplio espectro de lesiones para las que existen múltiples tratamientos disponibles, entre los que destacan los desarrollados mediante técnica artroscópica.

El objetivo de este trabajo es realizar una descripción de la técnica quirúrgica empleada ante un caso clínico atípico en el que tras un traumatismo se produce una inestabilidad escafolunar aguda en ambas muñecas.

MATERIAL Y MÉTODOS. CASO CLÍNICO

Varón de 42 años sin antecedentes de interés, transportista, que tras sufrir un atropello acudió a urgencias refiriendo dolor en ambas muñecas. En la exploración física destacaba la tumefacción en dorso de ambas muñecas, con dolor asociado a la palpación de región escafolunar y ante movimientos de flexoextensión y de desviación cubital.

En radiografías laterales se observó desplazamiento dorsal de segmento intercalado (DISI) de 80° en muñeca izquierda y DISI de 79° en derecha, con signos de Terry-Thomas bilaterales en radiografía de estrés con puño cerrado. (Figura 1)

Se colocaron férulas antebraquiales dorsales y a los 5 días se realizó RMN bilateral, evidenciando rotura aguda de LEL de ambas muñecas (Figura 1), por lo que se decidió llevar a cabo tratamiento quirúrgico.

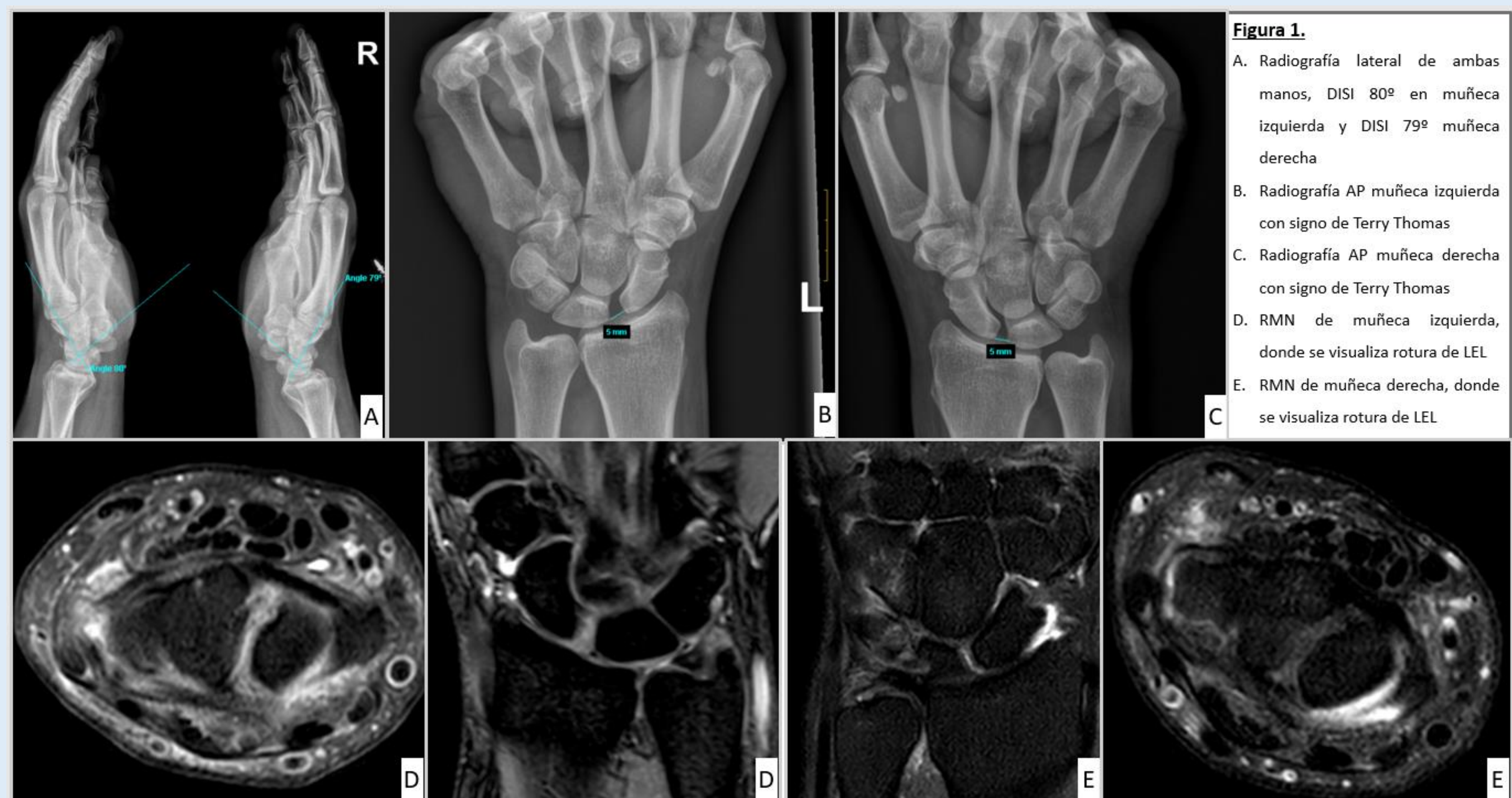


Figura 1.
A. Radiografía lateral de ambas manos, DISI 80° en muñeca izquierda y DISI 79° muñeca derecha
B. Radiografía AP muñeca izquierda con signo de Terry Thomas
C. Radiografía AP muñeca derecha con signo de Terry Thomas
D. RMN de muñeca izquierda, donde se visualiza rotura de LEL
E. RMN de muñeca derecha, donde se visualiza rotura de LEL

RESULTADOS

A las 2 semanas se realiza cirugía en ambas muñecas (a petición del paciente).

Tras anestesia general, se observa signo de Watson positivo bilateral.

En la artroscopia exploradora se comprueba lesión del LEL tipo IV de Geissler en ambas muñecas, por lo que se decide realizar ligamentoplastia de la porción dorsal y volar del LEL según la técnica descrita por Corella et al. en ambas muñecas, utilizando dos tornillos de biotenodsis 3x8mm y un anclaje micro-corkscrew 2,2mm de Arthrex® para cada una de ellas (Figura 2).

Tras inmovilización durante 6 semanas, se inicia tratamiento rehabilitador, consiguiendo a los 12 meses un balance articular de ambas muñecas de 60°Extensión/60° Flexión, Oposición a 5°MTC y cierre completo de dedos, con fuerza de agarre de 18 kg bilateral y una puntuación de 43,18 en Quick-Dash y de 4 en la escala EVA dolor. El paciente se reincorporó a su actividad laboral habitual a los 6 meses postoperatorios.

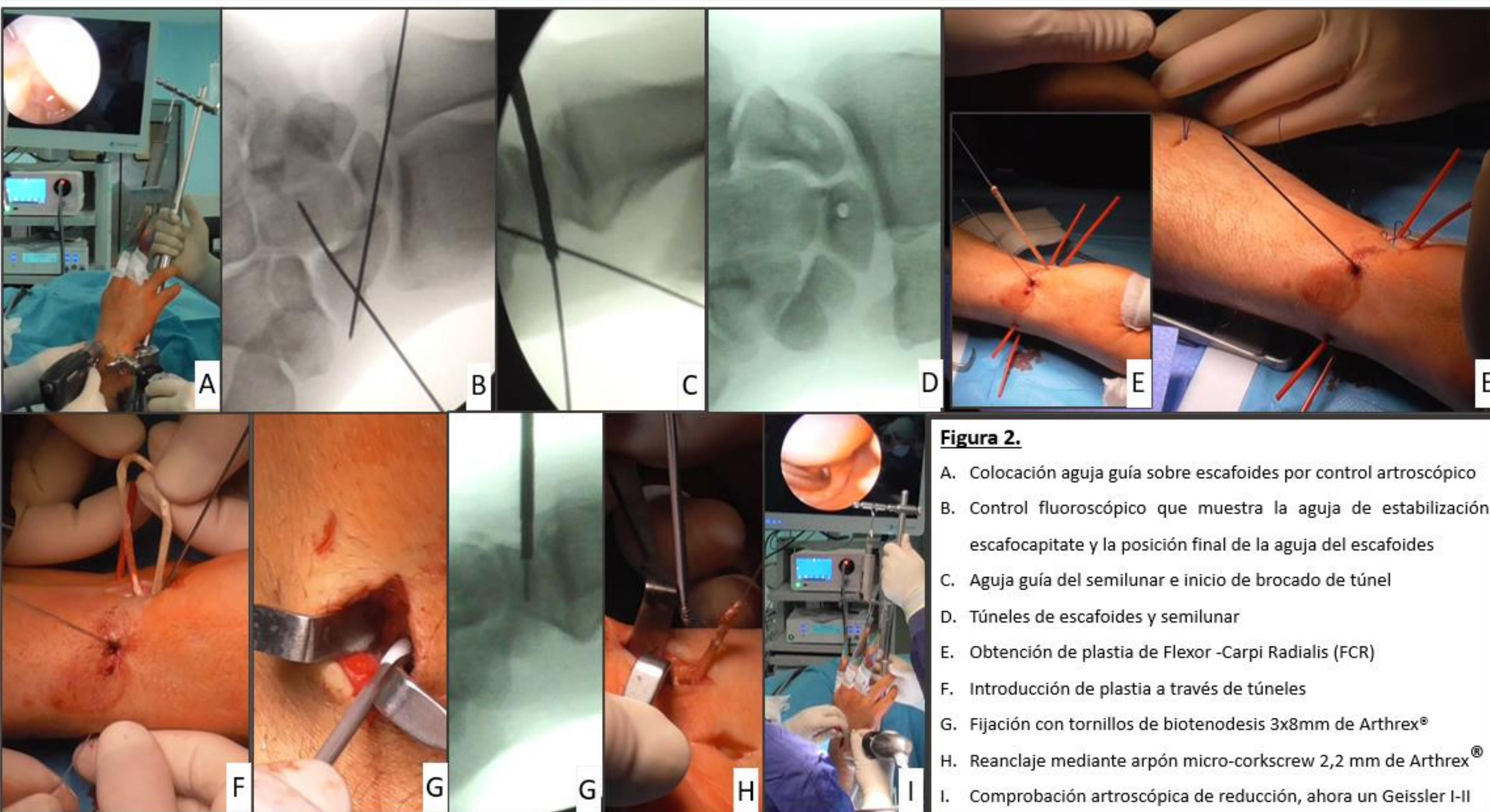


Figura 2.
A. Colocación aguja guía sobre escafoides por control artroscópico
B. Control fluoroscópico que muestra la aguja de estabilización escafo-capitate y la posición final de la aguja del escafoides
C. Aguja guía del semilunar e inicio de brocado de túnel
D. Túneles de escafoides y semilunar
E. Obtención de plastia de Flexor -Carpi Radialis (FCR)
F. Introducción de plastia a través de túneles
G. Fijación con tornillos de biotenodsis 3x8mm de Arthrex®
H. Reanclaje mediante arpón micro-corkscrew 2,2 mm de Arthrex®
I. Comprobación artroscópica de reducción, ahora un Geissler I-II

CONCLUSIONES

El tratamiento artroscópico de la inestabilidad escafolunar parece que se está imponiendo ante técnicas más clásicas, siendo la ligamentoplastia artroscópica una opción válida de tratamiento con la que se consiguen resultados aceptables.

BIBLIOGRAFÍA:

- Corella F, Del Cerro M, Ocampos M, Simon de Blas C, Larrainzar-Garijo R. Arthroscopic Scapholunate Ligament Reconstruction, Volar and Dorsal Reconstruction. Hand Clin.2017;33(4):687–707.
- García-Elias M, Lluch AL, Stanley JK. Three-ligament tenodesis for the treatment of scapholunate dissociation: Indications and surgical technique. J Hand Surg Am. 2006;31(1):125–34.