

TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES MEDIANTE IMPLANTE TIPO APSI

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia

García Porcel, Pedro Antonio; García Pérez, Alejandro; Hernández Torralba, Marina; De las Heras Romero, Jorge; Moreno Sánchez, Jose Fernando; Valverde Sarabia Raúl

INTRODUCCIÓN

La necrosis avascular tras una fractura de escafoides es una complicación bien conocida y estudiada que cursa con dolor, sinovitis reactiva y colapso carpal (muñecas tipo SNAC).

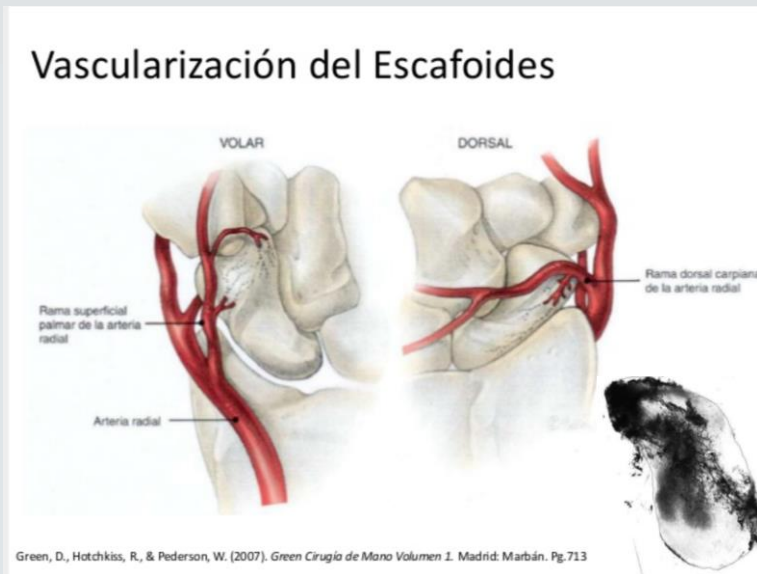


Imagen 1: Vascularización característica del escafoides a través de ramas de la A. Radial por su polo distal.

FIGURA 1. EVOLUCIÓN NATURAL DEL SLAC



Imagen 2: Evolución natural del SLAC o SNAC; Etapa I afectación de estiloides radial, Etapa II radioescafoídea, Etapa III mediocarpiana y Etapa IV panartrosis

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente varón de 65 años que hace 30 años presentó una fractura de escafoides tratada de forma ortopédica. La fractura avanzó a pseudoartrosis. El paciente rehusó cirugía dada la poca clínica que presentaba.

En la actualidad, el paciente acude nuevamente a consulta, aquejando un dolor e impotencia funcional que le resulta muy limitante.

En la exploración se aprecia una importante sinovitis de carpo y muñeca, con marcada limitación funcional, muy dolorosa en todos los movimientos y una fuerza muy mermada.

Radiológicamente se aprecia un pseudoartrosis de escafoides con necrosis avascular del polo proximal del mismo así como una muñeca SNAC tipo II.

Se procede a realizar sinovectomía y resección del polo proximal del escafoides y al implante de una prótesis tipo APSI de carbón pirolítico. Tras la cirugía se inmoviliza la muñeca del paciente durante 3 semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS



Imagen 3, 4 y 6: Rx AP,
AP con desviación cubital
y lateral. Se aprecia
fractura de escafoides
(pseudoartrosis),
semilunar en DISI y
muñeca SNAC tipo II

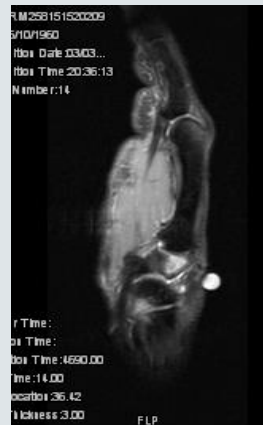


Imagen 4 y 5: RMN.
Se aprecia fractura de escafoides
(pseudoartrosis por necrosis
avascular), semilunar en DISI y
muñeca SNAC tipo II



Imagen 6 y 7: controles Rx
postquirúrgicos AP y Lat. tras
la resección del polo proximal
del escafoides y el implante
protésico APSI

RESULTADOS

El paciente mantiene una limitación funcional como existía previamente, pero los movimientos no son dolorosos, por lo que es capaz de aumentar ligeramente el rango de movilidad.

El proceso es calificado por el paciente como “muy satisfecho”, ya que la causa principal de su consulta era el dolor.

CONCLUSIONES

Optamos por la resección de polo proximal conjunta con el implante tipo APSI dada la inestabilidad carpal que provoca la simple resección del fragmento avascular del escafoides, manteniendo los procedimientos artrodésicos (incluyendo la artrodesis cuatro esquinas) para un hipotético fracaso del implante APSI por el carácter irreversible y limitante de dichos procedimientos.

En nuestra serie de casos operados con implante APSI los pacientes se encuentran satisfechos con el resultado, sin dolor ni inestabilidades o pérdidas de altura carpales.