



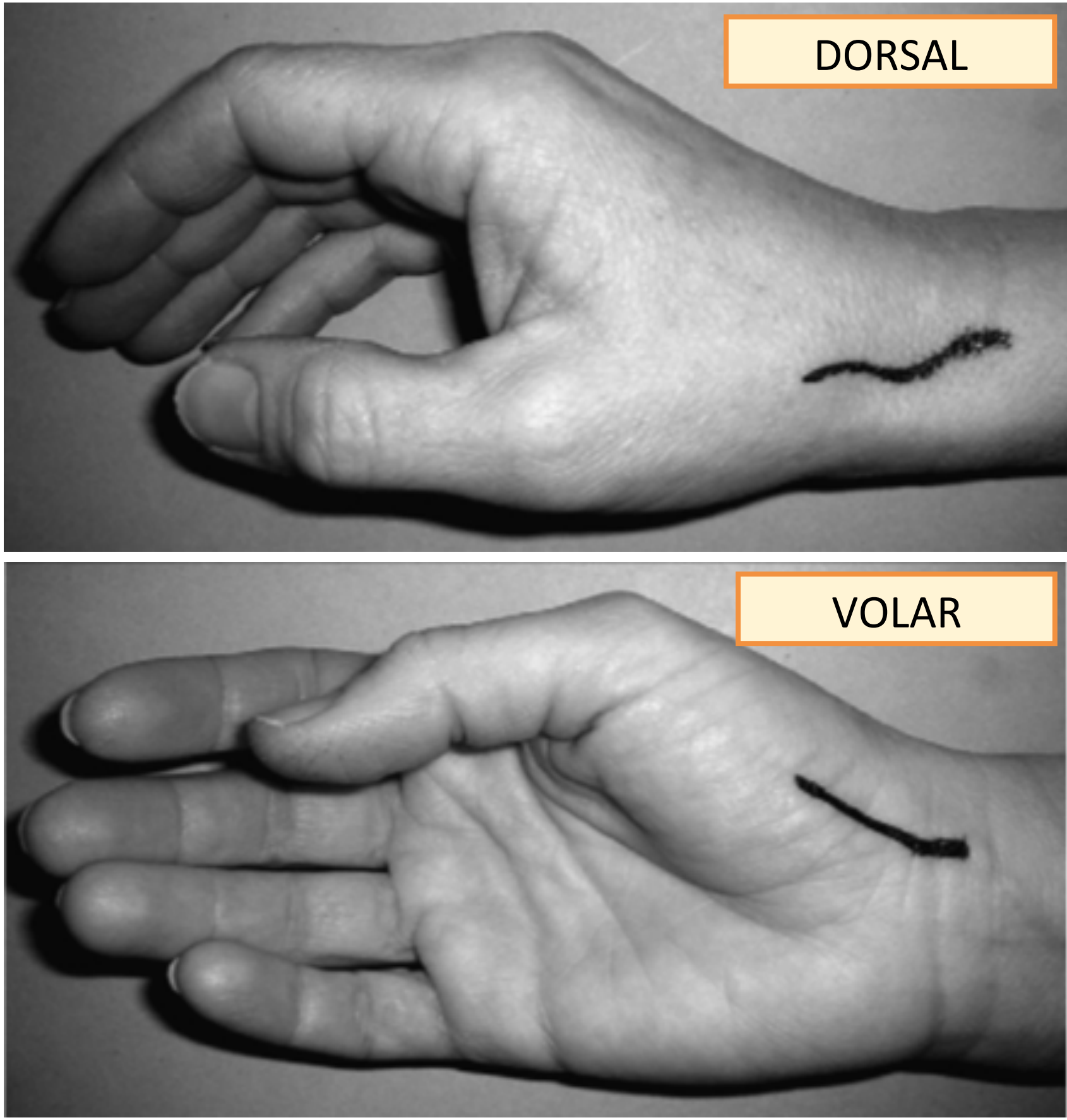
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS VÍAS DE ABORDAJE EN LA ARTROPLASTIA DE RESECCIÓN, SUSPENSIÓN E INTERPOSICIÓN TENDINOSA EN LA RIZARTROSIS

MC González Jara, FJ Ricón Recarey, F Lajara Marco, A Fuentes Díaz
Hospital Vega Baja, Orihuela. Alicante, España

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples técnicas para el tratamiento de la rizartrrosis con resultados similares. Una de ellas es la artroplastia de resección, suspensión e interposición tendinosa (ARSIT) con hemitendón del flexor *carpi radialis* (FCR). Se puede realizar empleando 2 vías de abordaje:

- La vía **dorsal**: descrita por Burton y Pellgrini, pone en riesgo las ramas superficiales del nervio radial, la arteria radial y la rama cuáneo palmar del n. mediano.
- La vía **volar**: en principio con menor riesgo de lesión vascular o nerviosa directa, pero requiere realizar la desinserción de la musculatura tenar.



OBJETIVO: Valorar la influencia de la vía de abordaje de acceso a la articulación trapeciometacarpiana del pulgar al realizar una ARSIT con hemitendón FCR en el tratamiento de la rizartrrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cohortes retrospectivo. Nivel evidencia 2b; CEBM (Oxford)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Rizartrrosis III-IV +/- STC
ARSIT (Hemitendón FCR)
Seguimiento 1 año



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Lesiones mano intervenida
Tenosinovitis estenosante D1
No seguimiento 1 año



46 Pacientes ARSIT
(jul 2014-nov 2017)

GRUPO A: VÍA VOLAR

N=24
5 H 19 M Edad media: 59 años
16 III 8 IV 13 STC

GRUPO B: VÍA DORSAL

N=22
3H 19 M Edad media: 65 años
19 III 3 IV 14 STC

RESULTADOS

Distriibución de los gruops	Grupo A: Volar N=24	Grupo B: Dorsal N=22	p
STC	13 (54%)	14 (63%)	0,363
Rizartrrosis (III)	16 (66,7%)	19 (86%)	0,292

Resultados funcionales y subjetivos	Grupo A: Volar N=24	Grupo B: Dorsal N=22	p
EVA	2,45	1,81	0,237
Quick_DASH	25	20,5	0,194
Abducción	48,58º	47,36º	0,664
Flexión	45,62º	48,63º	0,53
Oposición	9,12	9,13	0,814

	Grupo A: Volar N=24	Grupo B: Dorsal N=22	p
Puño	37,02 %	25,49 %	0,435
Pinza pulpejo-lateral	38,98 %	29,64 %	0,092
Secuelas herida	16 (66,7%)	7 (31,8%)	0,084

Al analizar las secuelas relacionadas con la herida quirúrgica (**dolor e hipersensibilidad**) hemos encontrado una tendencia a la aparición de menos complicaciones, aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas.

DISCUSION

En la bibliografía revisada, se observaron mejores resultados en los pacientes intervenidos por vía volar, al contrario de lo observado en nuestros resultados, aunque hay que tener en cuenta que el procedimiento no era la ARSIT. Esto puede ser debido a que tras la trapeciectomía, la reconstrucción del ligamento oblícuo plamar con el hemi FCR necesita realizar un orificio en la cortical dorsal del primer metacarpiano con salida en el borde palmar. Para ello, en la vía volar, hay que pronar el pulgar, acción que podría lesionar las ramas del nervio radial, por que desde este abordaje son más difíciles de identificar, a diferencia del abordaje dorsal.

CONCLUSIONES

La vía de acceso a la articulación trapeciometacarpiana del pulgar para realizar la artroplastia de resección, suspensión e interposición tendinosa, no influye en los resultados clínicos ni funcionales obtenidos. El acceso por vía dorsal produce menor pérdida de fuerza de agarre, de pinza lateral y menor incidencia de secuelas relacionadas con la herida.

Referencias

Spekreijse KR, Vermeulen GM, Mooien TM, Slijper HP, Hovius SER, Selles RW, Feitz R. Surgical stabilization for symptomatic carpometacarpal hyper mobility; a randomized comparison of a dorsal and a volar technique and a cohort of the volar technique. Our J Plasta Surg 2016; 39:345-352. Doi: 10.1007/s00238-016-1212-8.
Ritchie JF, Belcher HJ. A comparison of trapezectomy via anterior and posterior approaches. J Hand Surg Our 2008; 33(2): 137-143

