

Tratamiento artroscópico de la articulación STT

Puigbert Velazco, Marc; Cebolla Tosán, Jairo; Casañas Sintés, Joaquim; López-Osornio de Vega, Pau; Moranas Barrero, José

TRAUMAUNIT. Centro Médico Teknon. Quirónsalud. Barcelona.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Universidad de Barcelona.

L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

La articulación escafo-trapecio-trapezoidal (STT) es la segunda localización más frecuente donde aparece artrosis en la muñeca, por detrás de la articulación carpo-metacarpiana del pulgar (CMC). Puede aparecer de forma aislada o asociada a artrosis de la CMC, con una prevalencia del 2% y del 8%, respectivamente.

Esta patología puede ser la responsable del 15-30% del dolor en la muñeca de causa no traumática, y puede estar asociada a inestabilidad mediocarpiana.

En la exploración física, los pacientes afectados pueden presentar dolor a la palpación del polo distal del escafoides y un “flexion test” positivo. Hay que descartar otros orígenes del dolor, como la artrosis de la CMC o la presencia de gangliones volares.

La radiografía permite la confirmación del diagnóstico, la TAC puede ser útil para ampliar el estudio preoperatorio y la RMN para valorar lesiones asociadas, sobre todo ligamentosas y capsulares.

El tratamiento siempre ha comportado controversia. Tanto la artrodesis como la resección abierta del polo distal del escafoides, con o sin interposición de implante, son tratamientos ampliamente estudiados y con resultados funcionales variables.

El objetivo de este estudio es evaluar si la resección artroscópica del polo distal del escafoides puede ser un tratamiento viable para la artrosis escafo-trapecio-trapezoidal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una serie de 33 pacientes tratados entre 2010 y 2016 a los cuáles se realizó la resección vía artroscópica del polo distal del escafoides para el tratamiento de la artrosis escafo-trapecio-trapezoidal sintomática.

El seguimiento mínimo de estos pacientes fue de 18 meses, con un rango de edades de 39 a 70 años. El origen de la patología fue degenerativo en 27 pacientes, una inestabilidad mediocarpiana previa en 4, postraumática y post-trapecectomía. A continuación, explicamos a grandes rasgos el tratamiento artroscópico que se realizó en todos los casos.

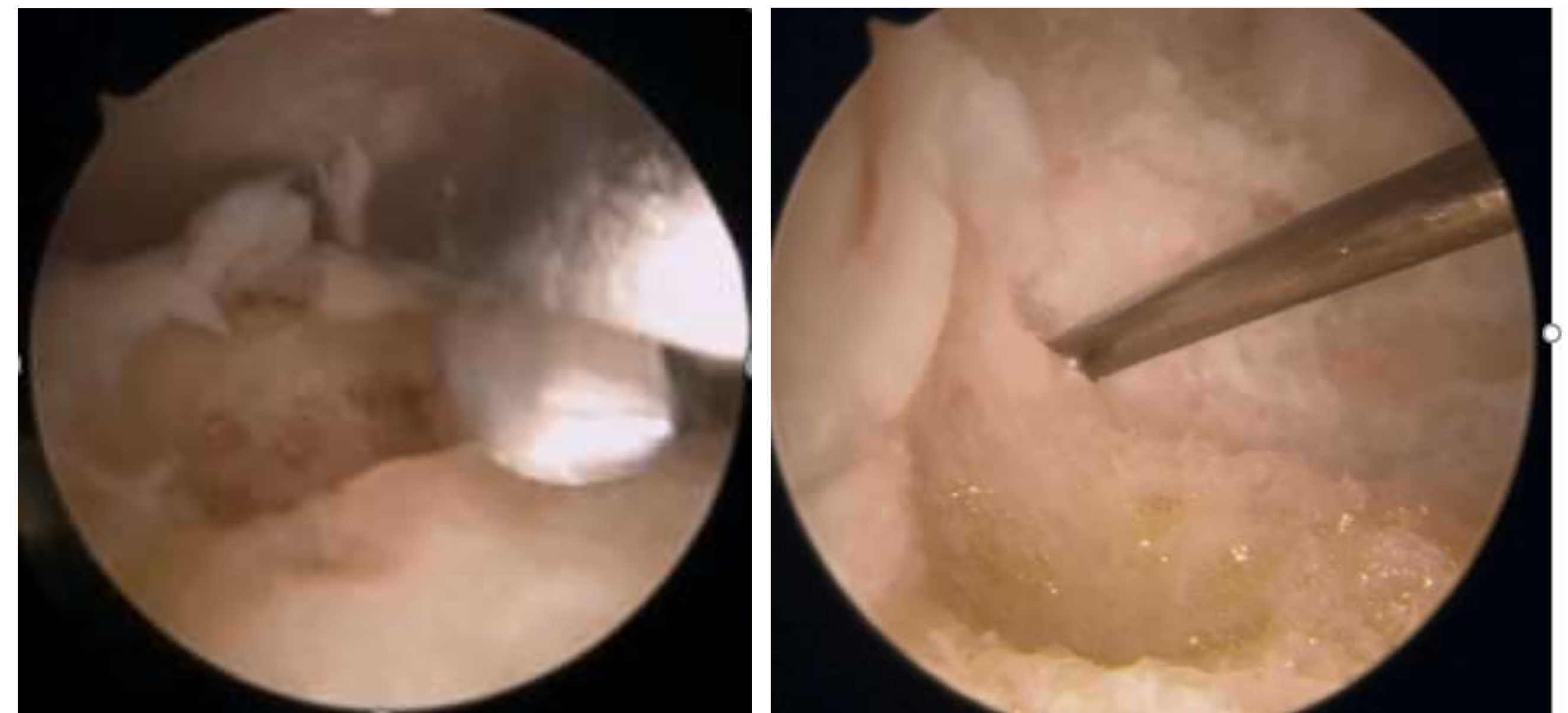
Preparación del campo con tracción modificada del pulgar y del índice. Realización del portal mediocarpiano radial (MCR), situado 1cm distal del portal 3-4, cubital a EDC y radial a ECRB. Inicio del recorrido artroscópico en busca de lesiones ligamentosas e inestabilidad mediocarpiana. Sinovectomía parcial o radical, según los hallazgos intraoperatorios. Posteriormente, se inicia la resección artroscópica del polo distal del escafoides con fresa de 2'9mm a nivel dorsal y de 3'5mm a nivel volar.

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos en esta serie, consideramos que la técnica vía artroscópica en el tratamiento de la artrosis escafo-trapecio-trapezoidal presenta un claro beneficio respecto la técnica abierta, ya que permite la evaluación de la inestabilidad mediocarpiana y permite una resección del polo distal sin inestabilización de la misma al conservar ligamentos volares a nivel de trapecio, trapezoides y hueso grande.

Tras la resección, es importante valorar que ésta sea completa, sobre todo a nivel medial. Se retira la tracción y se realizan portales SST-R y SST-U para una mejor visualización de toda la articulación en busca de posibles pinzamientos y para valorar la estabilidad mediocarpiana.

La resección por vía artroscópica, además, permite valorar la integridad de los ligamentos volares y dorsales, tras la resección.



RESULTADOS

La desaparición del dolor postoperatorio oscila entre 6 semanas y 3 meses. A los 3 meses, 23 de los 33 pacientes presentaban una resolución completa del dolor, con un balance medio de 70-0-60°. En 4 casos se requirió una reintervención por persistencia de choque del polo del escafoides en la parte más volar y tres pacientes por una agravación de la inestabilidad mediocarpiana que precisaron una fusión luno-grande.



Si aún existe persistencia del dolor a los 2 meses de la intervención, se recomienda la realización de una TAC para descartar insuficiente resección ósea.

Creemos que la visualización clara y directa del área de resección y preservación de ligamentos volares es una fortaleza de esta técnica. Intraoperatoriamente, se procede también la valoración de la inestabilidad mediocarpiana, pudiendo ser tratada mediante retensado térmico, realizado en cuatro casos de esta serie.



traumaunit



Bellvitge
Hospital Universitari

IDIBELL
Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge



UNIVERSITAT DE BARCELONA



CONGRESO
secot56

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA