

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-trapecetomía. A continuación, explicamos a grandes rasgos el tratamiento artroscópico que se realizó en todos los casos.

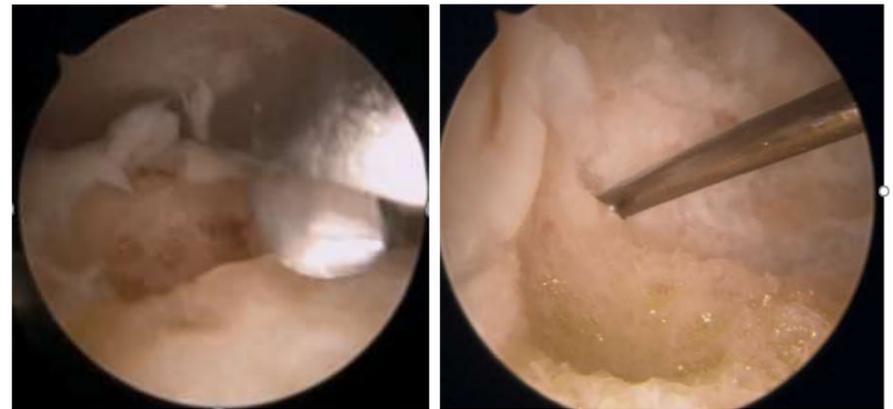
Preparación del campo con tracción modificada del pulgar y del índice. Realización del portal mediocarpiano radial (MCR), situado 1cm distal del portal 3-4, cubital a EDC y radial a ECRB. Inicio del recorrido artroscópico en busca de lesiones ligamentosas e inestabilidad mediocarpiana. Sinovectomía parcial 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 a la valoración de la inestabilidad mediocarpiana, pudiendo ser tratada mediante retensado térmico, realizado en cuatro casos de esta serie.

