

Dolor crónico de muñeca

Calvo Calvo S, Cecilia López D

Varón de 41 años remitido a consultas de traumatología por dolor de la muñeca derecha de 2 años de evolución. El paciente no recuerda traumatismo previo. Es diestro y trabaja como panadero.

Antecedentes personales: hipercolesterolemia y fumador de 20 cigarrillos/día.

En la exploración física se halla ligera inflamación del dorso de la muñeca, flexión palmar 5°, flexión dorsal 0° (arco de movilidad del 10% respecto a la contralateral), pronosupinación completa.

Radiografía: aumento del espacio normal entre los huesos escafoides y semilunar, conocido como signo de Terry-Thomas (*figura 1*). RNM: pseudoartrosis del polo proximal del escafoides, cambios artrósicos secundarios carpianos y mediocarpianos, disociación escafolunar.

Diagnóstico: inestabilidad escafosemilunar, también conocida como muñeca SLAC (Scaphoid Lunated Advanced Collapse).

Se procede a resección del escafoides y artrodesis de varios huesos del carpo (artrodesis 4 esquinas con placa spider). Se pone autoinjerto de escafoides (*figura 2*).

Al cabo de 1 año el paciente no tiene dolor y ha aumentado su rango de movilidad. Ha retomado su trabajo y lo realiza sin dolor.

COMENTARIO

Se conoce como inestabilidades carpianas a las lesiones que generan pérdida de relaciones anatómicas entre 2 huesos o 2 grupos de ellos. Una inestabilidad entre 2 huesos del carpo provoca a medio-largo plazo la aparición de trastornos degenerativos en una secuencia predecible.

La inestabilidad más frecuente del carpo es la existente entre el escafoides y el semilunar, llamada disociación o inestabilidad escafolunar.

El diagnóstico temprano ofrece una mejor oportunidad para que la cirugía sea exitosa. A pesar de esto, el daño escafolunar no es diagnosticado hasta estadíos tardíos de la enfermedad, cuando la radiografía muestra clara evidencia de anormalidad.

La mayoría de los pacientes se quejan de dolor y debilidad de la muñeca, otros de hinchazón que a menudo se confunde con un ganglión dorsal. Cuando la enfermedad avanza se compromete también la movilidad.

En casos de disociación escafolunar crónica la radiografía simple es más que suficiente para documentar los cambios patológicos. Un espacio entre escafoides y semilunar de más de 2 mm se considera patológico.



Figura 1



Figura 2

En este paciente se tiene en cuenta el estadio de la enfermedad, la edad y las demandas funcionales a la hora de elegir el tratamiento más adecuado. Como la unión radio-lunar está intacta, la escisión del escafoi-des y la artrodesis 4 esquinas parece ser la opción más correcta. Se produce una artrodesis entre el semi-lunar, hueso grande, piramidal y ganchoso.

La recuperación que se puede esperar con este tratamiento es aproximadamente de 75-80% de la fuerza y 40-60% de la movilidad normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gelberman RH. Master en Cirugía Ortopédica. Muñeca. Madrid: Marbán 1999.
2. Krakauer JD. Surgical Treatment of Scapholunate Advanced Collapse. J Hand Surg 1994;19A:751-9.
3. Jennifer M. The Diagnosis and Treatment of Scapholunate Instability. Orthop Clin N Am 2007;261-77.
4. Weiss K E. Osteoarthritis of the Wrist. J Hand Surg 2007;32 A:725-46.