



“Artrodesis carpianas con placas, a propósito de 11 casos”.

A.Jiménez Martín, F.J. Najarro Cid, S. Navarro Martínez, M.Contreras Joya, F.J. Santos Yubero, S. Pérez Hidalgo. Hospital FREMAP Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

La artrodesis de las cuatro esquinas (grande, ganchoso, semilunar y piramidal) suprime el movimiento de esta articulación (30% del total del movimiento de la muñeca) y permite movimiento sin dolor en la articulación radiocarpiana (63-70%).

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es revisar nuestra experiencia con esta técnica realizada con placa y tornillos.

MÉTODOS:

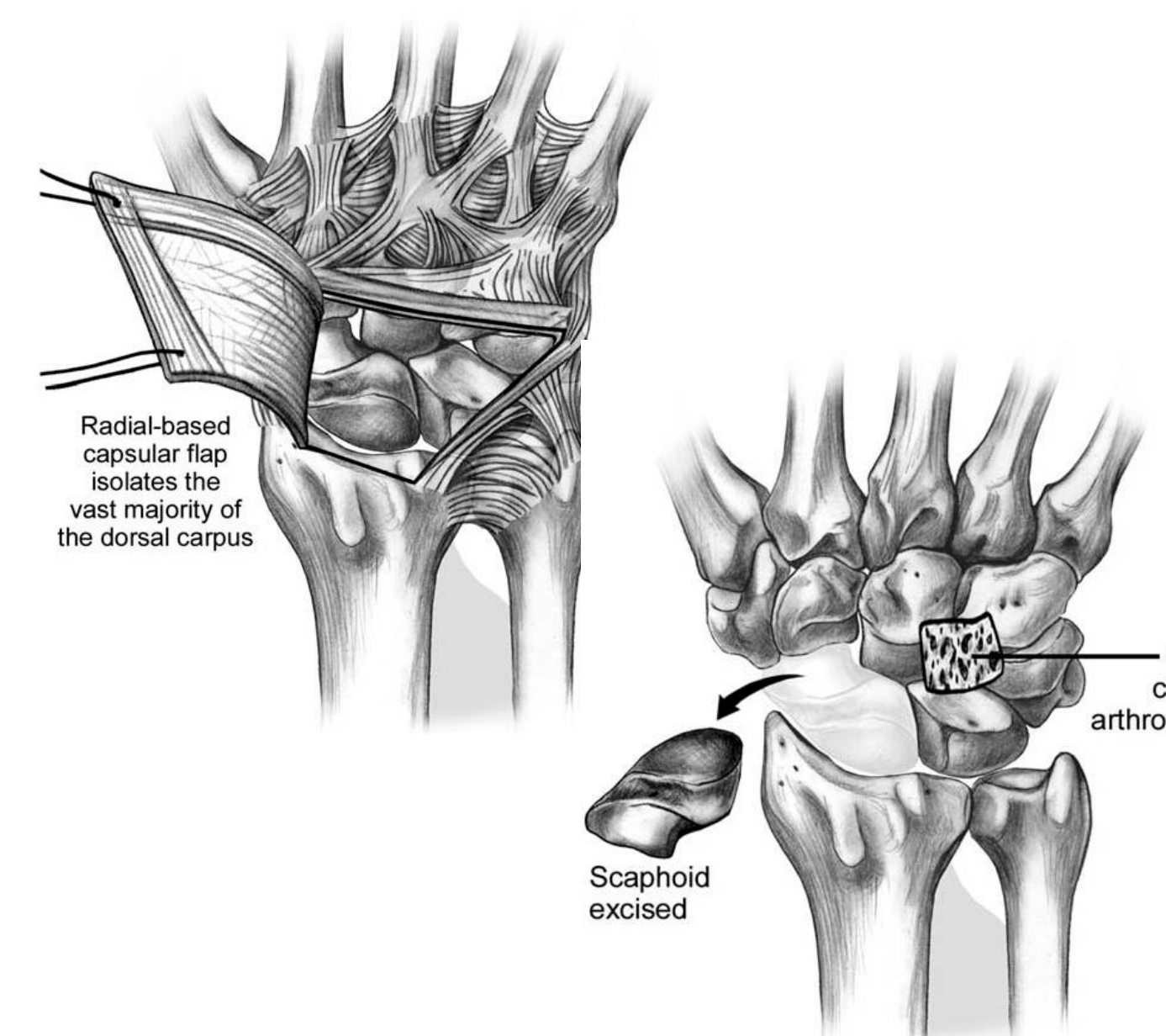
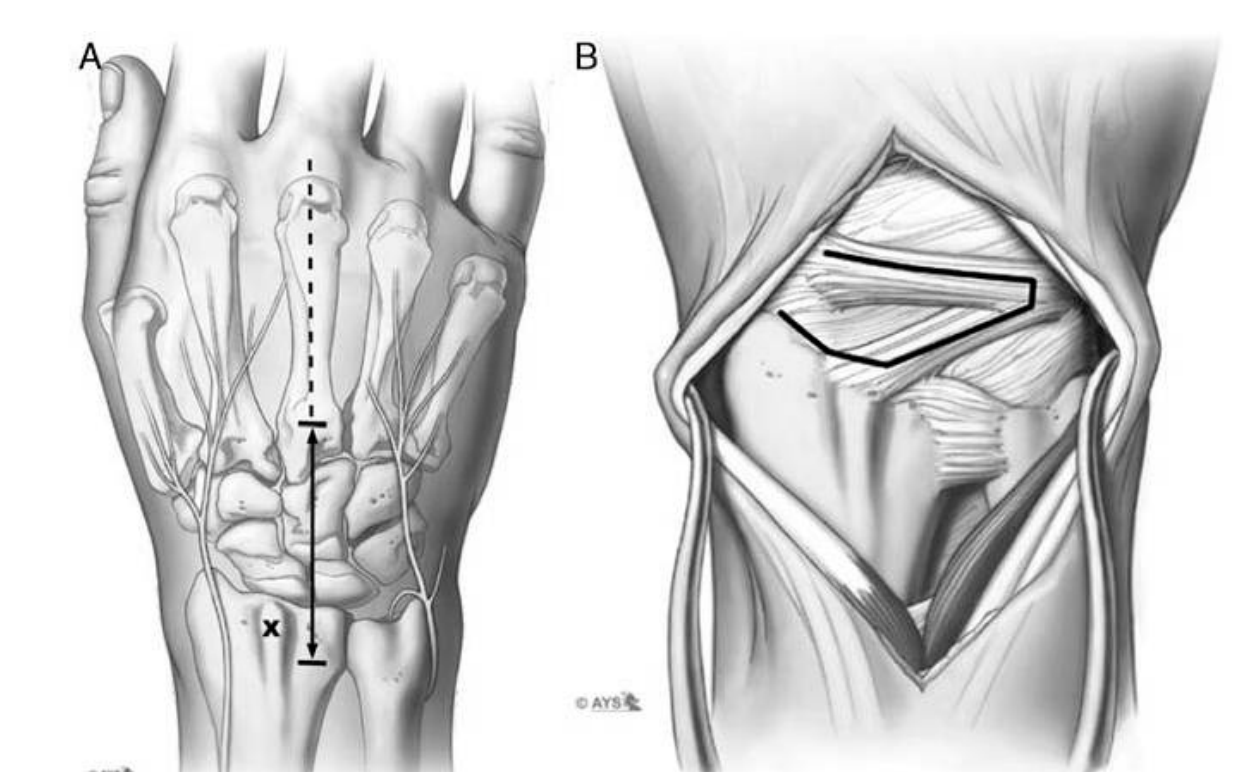
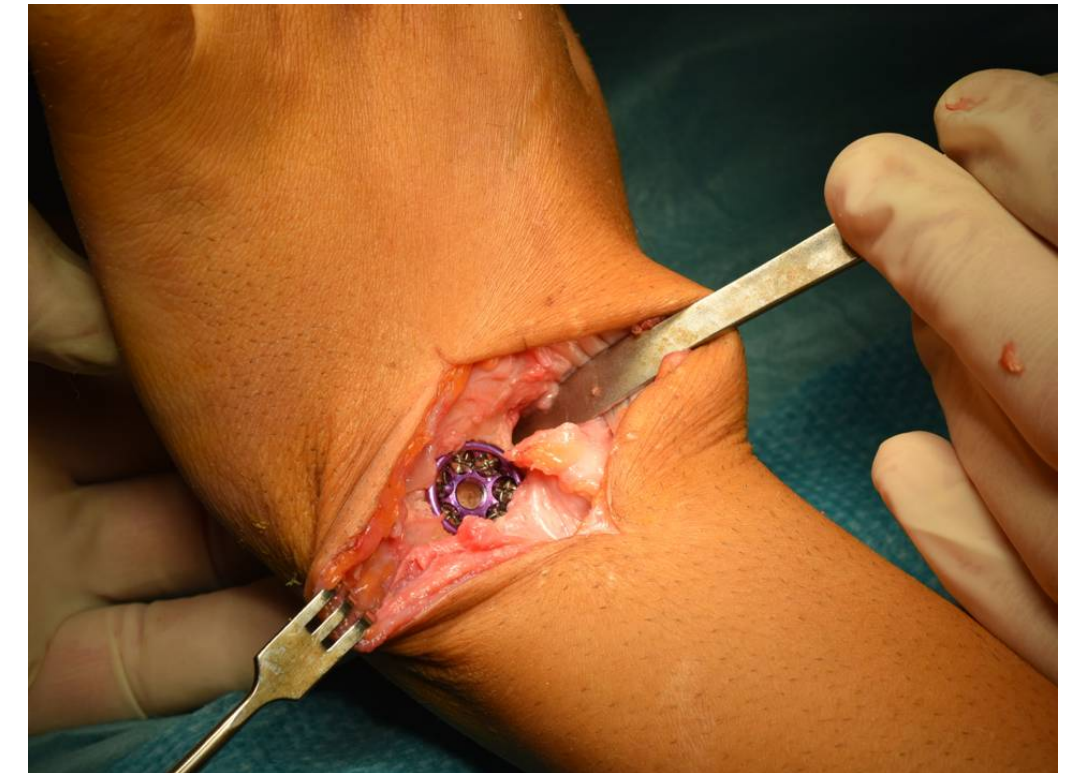
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, sobre 11 pacientes, en 7 años, seguimiento medio de 17.2 ± 8 meses. Variables analizadas: filiación, lesiones asociadas, intervenciones previas, aspectos quirúrgicos, complicaciones, entre otras.

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Edad media: 41.6 ± 5.8 años. Todos varones. 72.7% derechas. Muñeca dominante: 72.7%. Fractura previa escafoidea (3 casos), inestabilidad escafolunar (7 casos) e inestabilidad lunotriquetal (1 caso). Placa Spider utilizada en 63.6%. Tiempo quirúrgico: 92.2 ± 24.7 minutos. Consolidación: 10.6 ± 1.6 semanas. 36.4% de reintervenciones, para retirar placa y artrodesis total de muñeca. Mayo Elbow Wrist Score: 53.6 ± 28.4 puntos. V.A.S. final: 2.86 ± 2 puntos. Más complicaciones tras lesiones previas escafolunares, $p=0.01$. Pseudoartrosis en 11.1%. Flexoextensión final de $58.2 \pm 11^\circ$, desviación radial de $11.1 \pm 1^\circ$ y desviación cubital de $20.7 \pm 1.7^\circ$. Las complicaciones de esta artrodesis son del 13.5%, (Enna), con pseudoartrosis (12-25%), distrofia (3%), infección superficial (3%) e impingement dorsal radiocarpiano (13-25%). Para García mejora la escala V.A.S. de 7.3 a 3 puntos. Wyrick, describió un 56% de pacientes sin dolor. Para Chung, no aporta diferencias significativas en recuperación nociceptiva, $p=0.30$.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, consideramos su eficacia fundamentalmente tras inestabilidad escafolunar, aunque con riesgo de otras complicaciones.



Rhee. Tech Hand and Upper Extremity, 2012, 16 (4): 236-240.

BIBLIOGRAFÍA:

García López A, Delgado PJ. Pat. Ap. Loc, 2007; 5 Supl. II: 97-104
Enna, et al. Hand Clin, 2005; 21: 539-538.
Rhee. Tech Hand and Upper Extremity, 2012, 16 (4): 236-240.
Shindle MK, et al. J Hand Surg, 2007; 32: 50-3.
Manuel, et al. T HUES, 2003; 7(3)87-92.
Nolla, et al. Tech Hand Upper Extremity Surgery, 12 (2): 94-99, 2008.
Chung, et al. Plast. Reconstr. Surg. 118:433, 2006.
Tomaino, et al. Contemp. Orthop, 28: 403, 1994.
Wyrick, et al. J Hand Surg, AM, 20, 965, 1995.
Vance, et al. J Hand Surg Am, 2005, 30 A (6): 1122-1127.

