

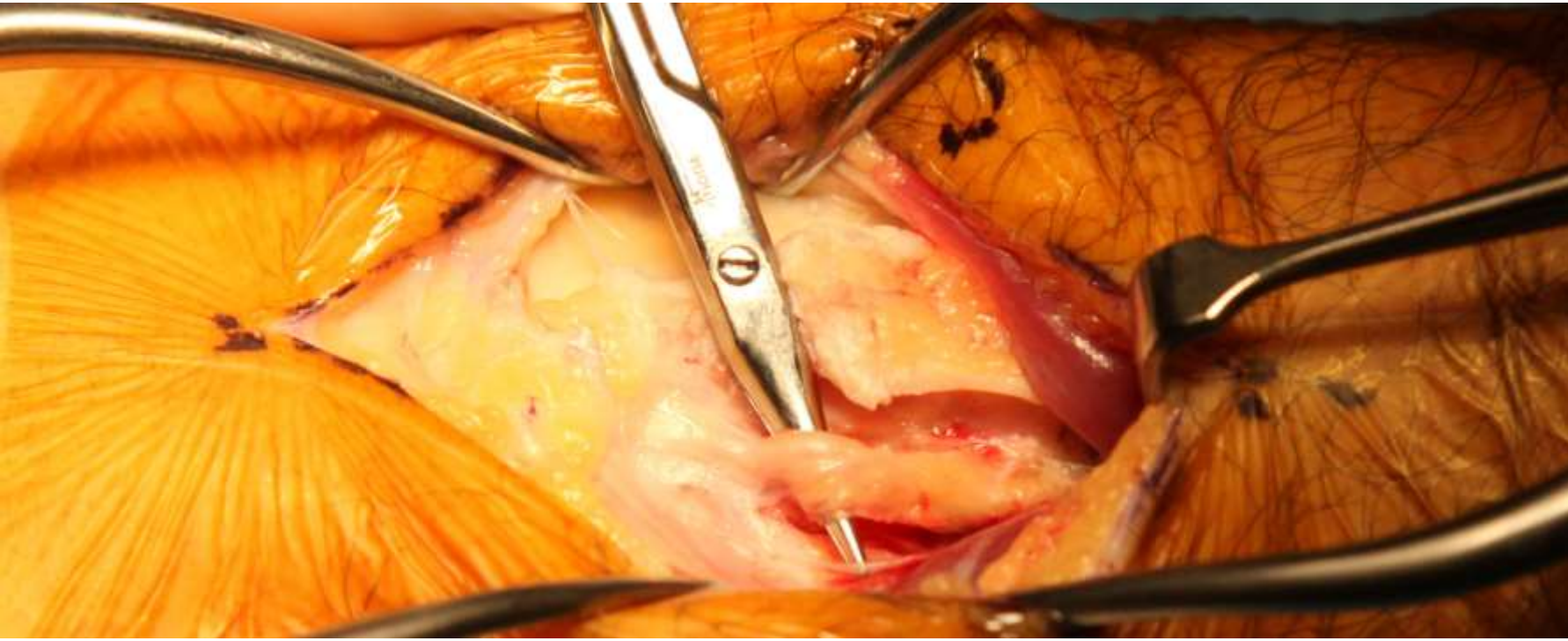
# Plastia de Estabilización Espiral Tenodesis Antipronatoria

A propósito de un caso.

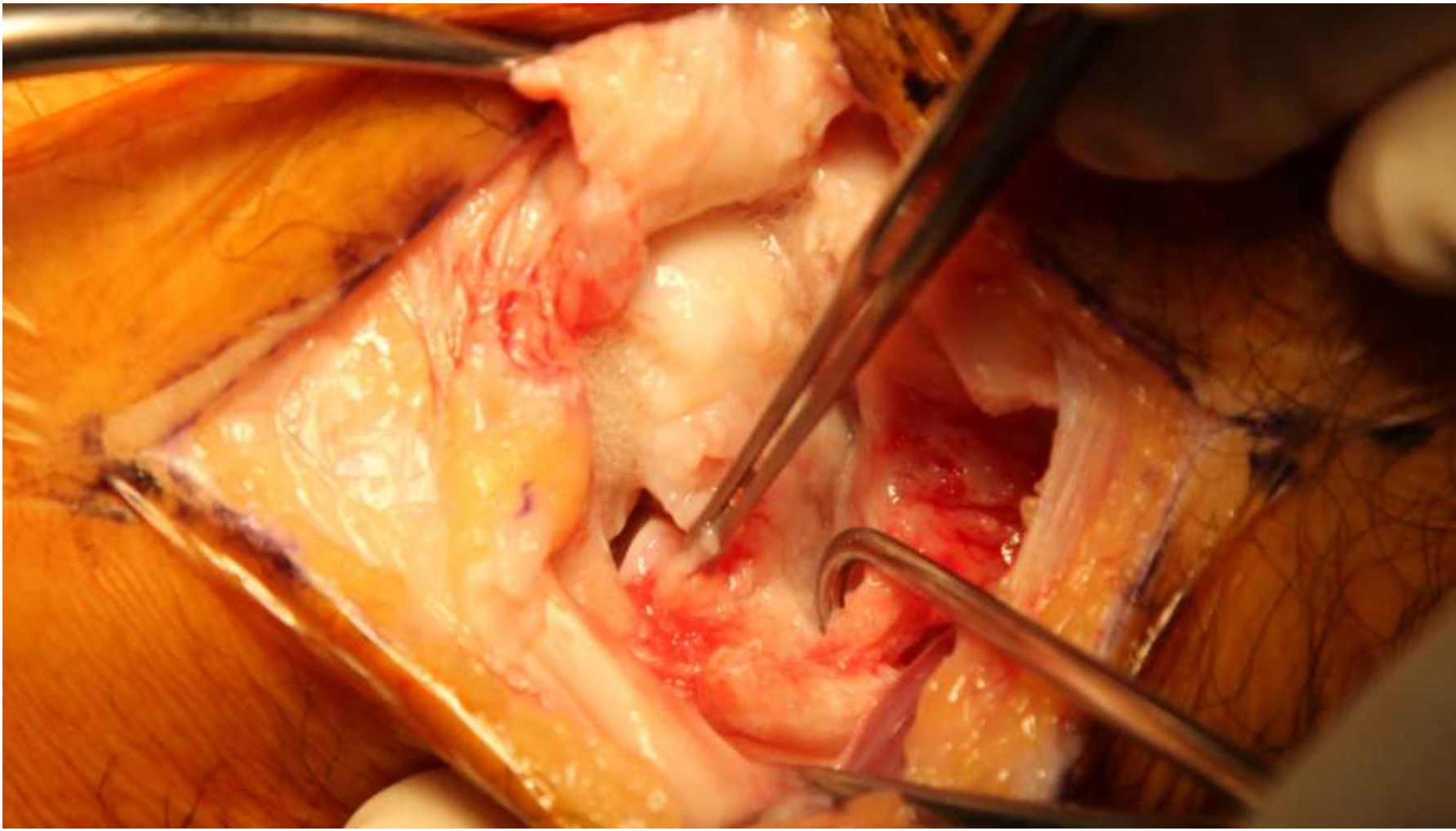
María Larrea, Andrés Areta, Javier García-Ariño, Jorge Martínez. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

## Técnica quirúrgica

Abordaje dorsal en “S”, protegiendo ramas sensitivas radiales. Identificación y apertura progresiva del 3º, 2º y 4º compartimentos extensores. Capsulotomía con preservación del nervio interóseo posterior tipo Hagert.



Tras abrir la cápsula, comprobamos reductibilidad y el estado no artrósico de las superficies articulares.



Obtenemos una plastia de unos 12-15 cm de *flexor carpi radialis* mediante una incisión distal en la muñeca y una más proximal palpando su situación mediante un alambre introducido a través de su vaina retrógradamente.



Mediante una broca de 2.7mm realizamos un túnel en escafoides desde la inserción dorsal del ligamento escafo-lunar, en dirección a la tuberosidad del escafoides. Con un monofilamento como pasador, transportamos la plastia desde la palma al dorso de la muñeca.

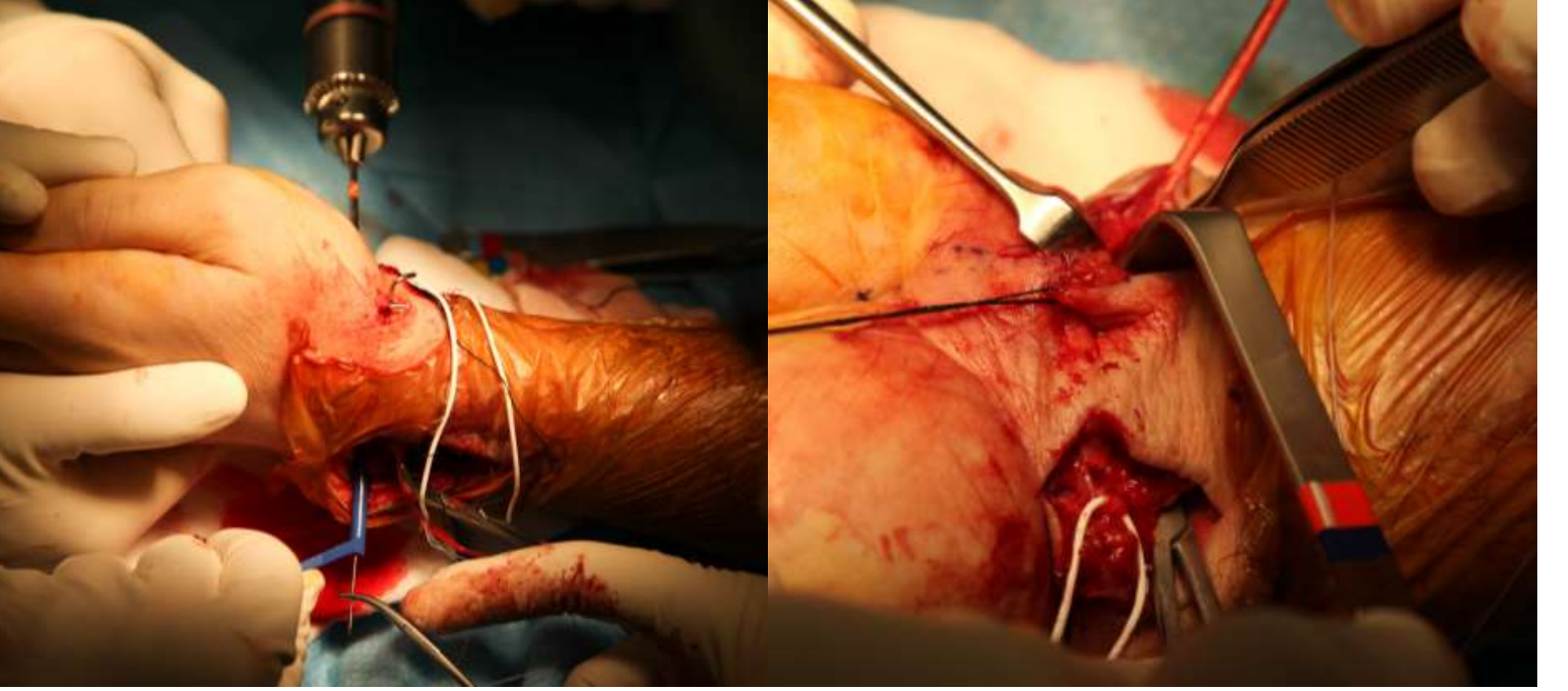


En la superficie dorsal del semilunar, colocamos un anclaje con suturas de 1.8mm para después fijar la plastia.

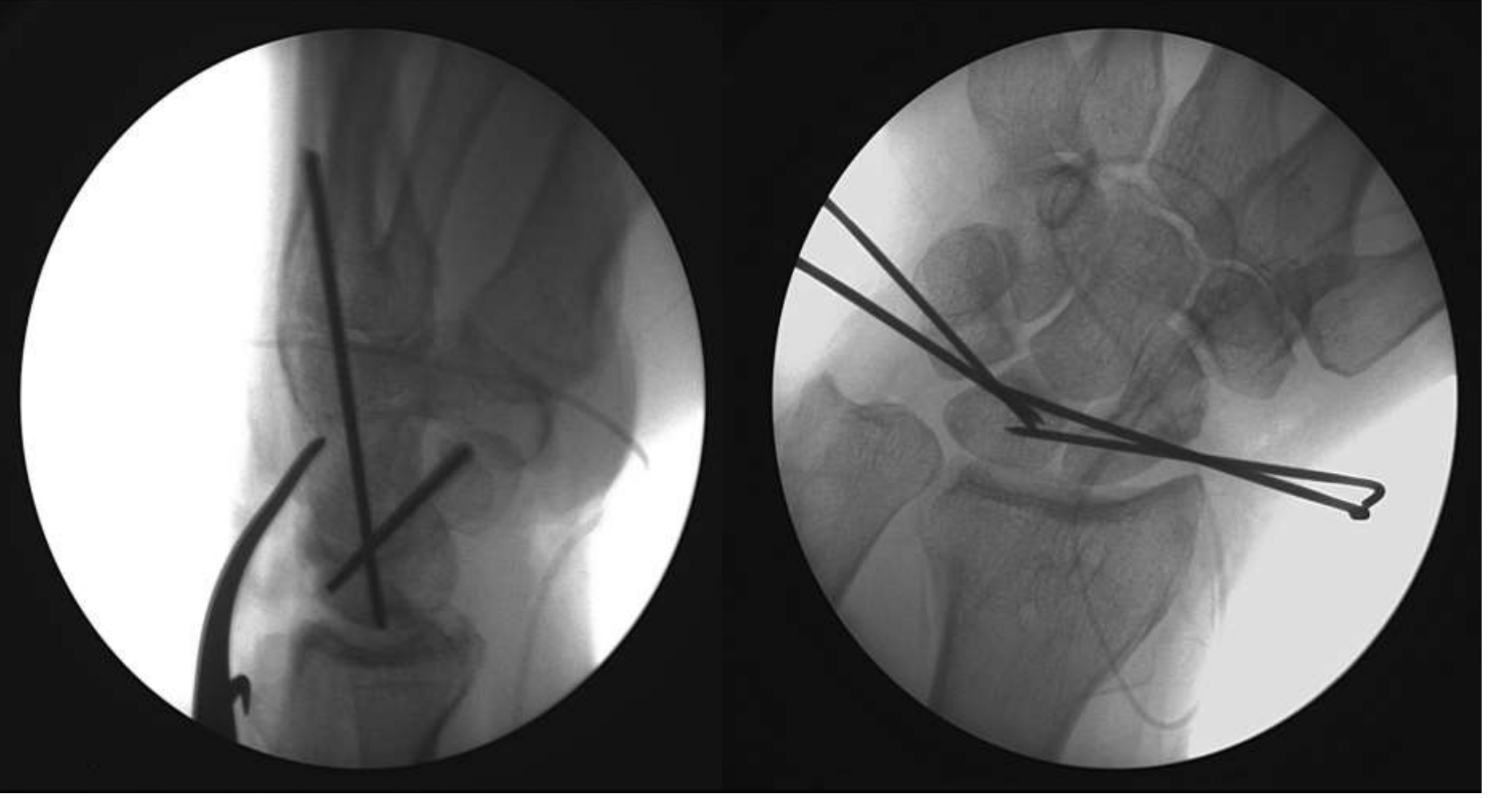


Mediante control por escopia, reducimos y fijamos con 2 agujas “K” la articulación escafolunar. Fijamos la plastia al anclaje del semilunar y realizamos un abordaje del túnel del carpo exponiendo el piramidal.

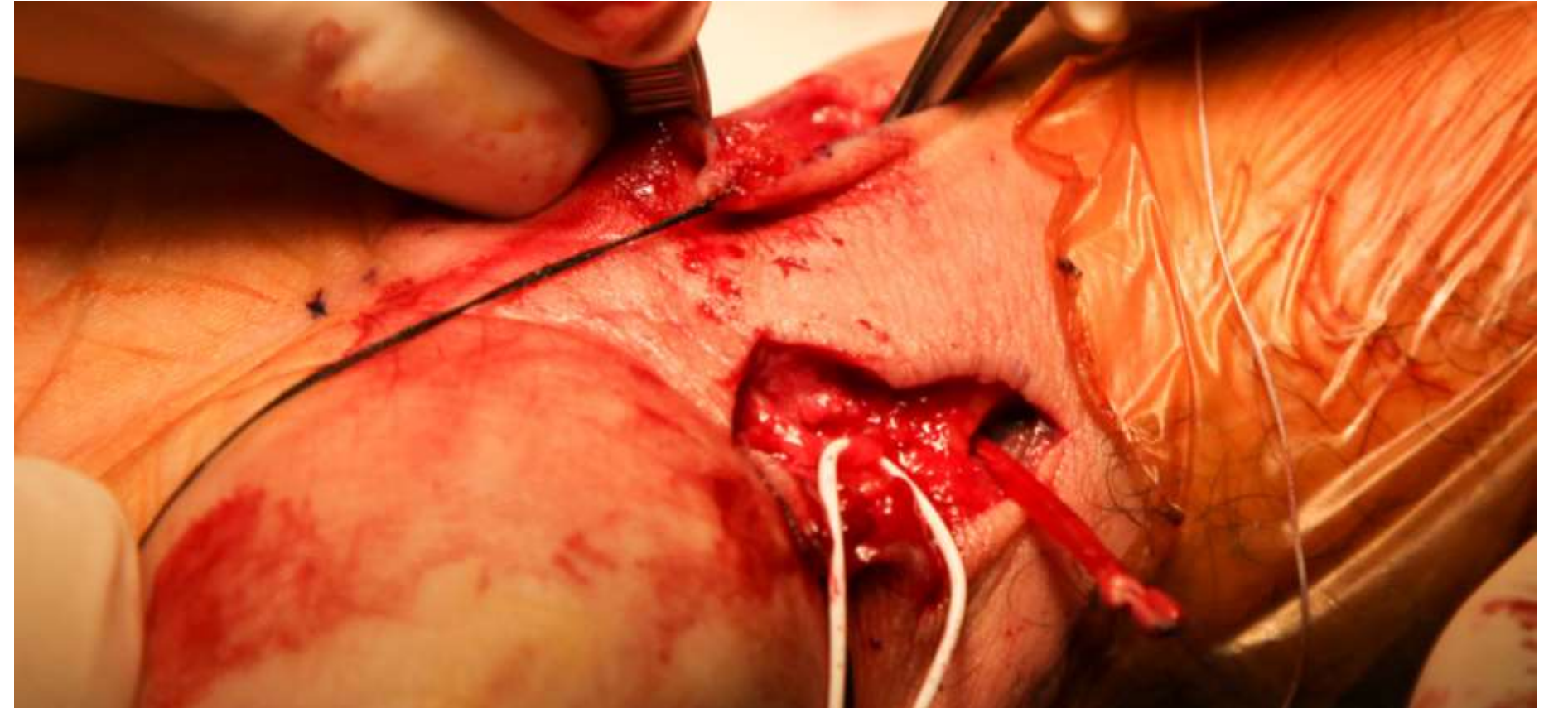
Realizamos un túnel óseo mediante la broca de 2.7mm, de palmar a dorsal, y transportamos a través de este la plastia de nuevo hacia la palma.



Manteniendo tensión en la plastia fijamos la articulación lunopiramidal mediante 2 agujas “K”.



Mediante un mosquito pasamos el remanente de plastia por debajo del contenido del túnel del carpo y mediante un anclaje en estiloides lo fijamos.



Realizamos cierre por planos y puntos de piel con monofilamento.

## Manejo postoperatorio

Inmovilización mediante doble férula 3 semanas y yeso cerrado 5 semanas más.

## Evolución

Retiramos las agujas a las 8 semanas.



A los 6 meses el paciente presenta un arco de movilidad de 20º de flexión y 45º de extensión, sin dolor para las actividades de la vida diaria.



## Conclusiones

La inestabilidad perilunar es infrecuente y suele diagnosticarse en fases crónicas. En la bibliografía encontramos series de casos tratados mediante artrodesis o carpectomías y poca evidencia sobre plastias, pero con buenos resultados. La plastia de estabilización espiral tenodesis antipronatoria, trata la inestabilidad mediante la disposición espiral de la plastia del FCR proporcionando una solución anatómica en casos reductibles y sin osteoartritis previa.

## Caso clínico

Varón, 43 años con fractura de radio distal tratada con yeso cerrado 4 semanas y rehabilitación 12 semanas. Recuperación casi completa de movilidad, pero persiste dolor en carpo que aumenta con la pronosupinación. Se trata mediante infiltración con corticoide y anestésico local, sin respuesta por lo que se remite a la Unidad de Mano a los 2 años.

## Pruebas complementarias

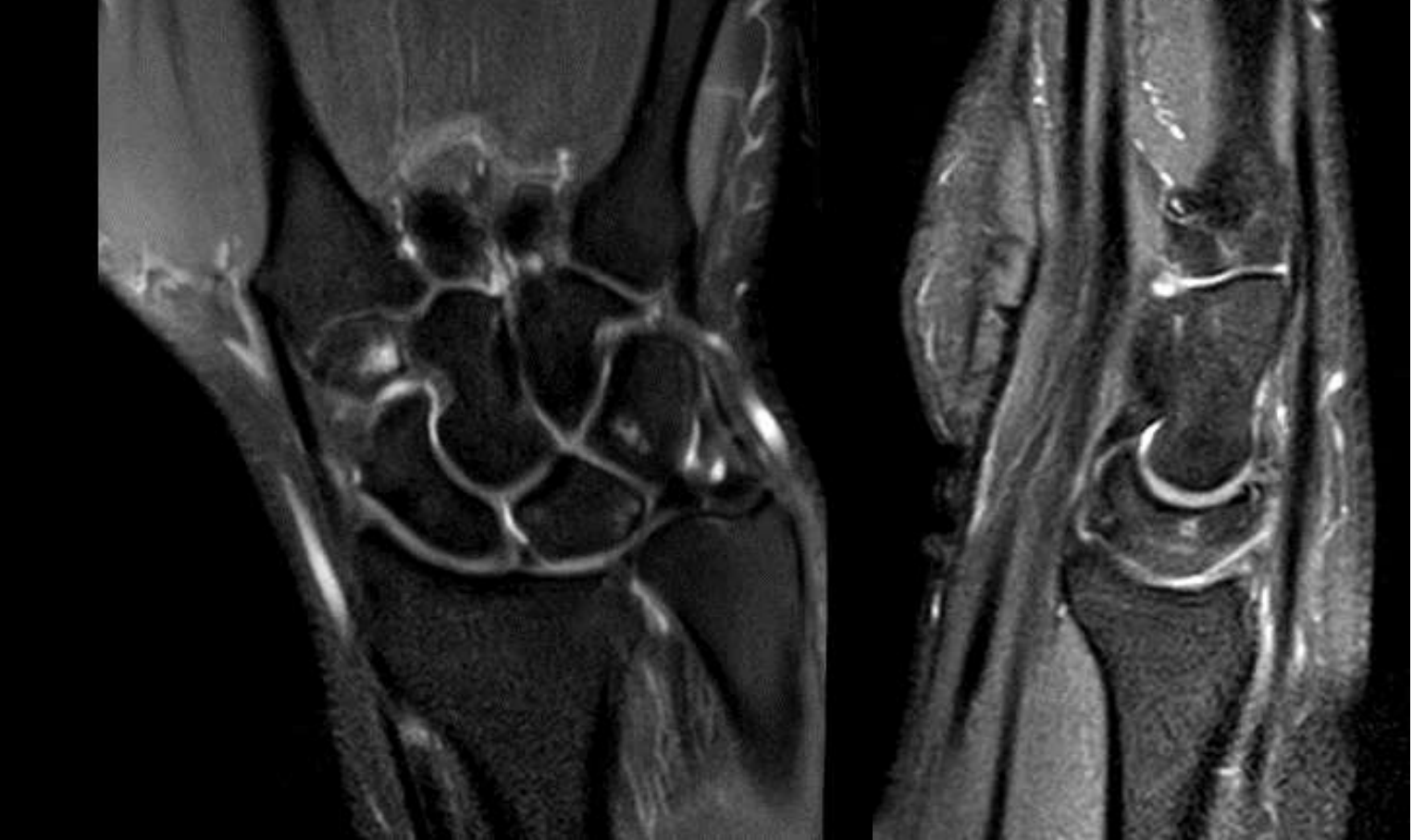
### Radiografías dinámicas:

Aumento del espacio articular perilunar, sobre todo escafolunar.



### RM:

Componente líquido en articulaciones radio-cubital y escafo-grande.



## Diagnóstico

Se diagnostica al paciente de inestabilidad escafo-luno-piramidal crónica, en el contexto de una luxación transestilo perilunar que pasó desapercibida como una fractura de radio distal.

## Tratamiento

Dado que no existen cambios artrosicos asociados y se prevé la correcta reducción de la articulación, se indica una plastia de estabilización espiral tenodesis antipronatoria según técnica de García-Elias.

Green's Operative Hand Surgery, 7th edition  
1: Chee KG, Chin AY, Chew EM, García-Elias M. Antipronation spiral tenodesis--surgical technique for the treatment of perilunate instability. J Hand Surg Am.2012 Dec;37(12):2611-8. doi: 10.1016/j.jhsa.2012.09.007. PubMed PMID: 23174077  
2: Pauchard N, Dederichs A, Segret J, Barbary S, Dap F, Dautel G. The role of three-ligament tenodesis in the treatment of chronic scapholunate instability. J Hand Surg Eur Vol. 2013 Sep;38(7):758-66. doi: 10.1177/1753193413475753. Epub 2013 Feb 11. PubMed PMID: 23400768  
3: Riley A, Wolfe SW. Scapholunate instability: current concepts in diagnosis and management. J Hand Surg Am. 2012 Oct;37(10):2175-96. doi:10.1016/j.jhsa.2012.07.035. PubMed PMID: 23021178



55 CONGRESO  
secot