

1.-INTRODUCCIÓN:

La fractura del escafoides corresponde del 60 a 70 %; de todas las fracturas del carpo, de las cuales el 65% se presentan en el istmo, 15% en el polo proximal, 10% en el cuerpo distal, 8% en su tuberosidad y sólo 2% en la superficie articular distal. Debido a su precaria vascularización una de las complicaciones de este tipo de fractura es la pseudoartrosis que se presenta del 5 a 15% y cuyo tratamiento es quirúrgico para lo cual existen varias técnicas que están encaminadas a evitar la progresión de la enfermedad.

MAGEN 1:



A: RX AP B: OBLICUA DE MANO IZQUIERDA: PSEUDOARTROSIS EN LA CINTURA DE ESCAFOIDES
C: TAC SIMPE DE MANO IZQUIERDA: BORDES ESCLERÓTICOS EN LA FX DE ESCAFOIDES SIGNO DE PSEUDOARTROSIS.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 21 años de edad, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de importancia, que aproximadamente 8 meses antes de su ingreso, sufre caída de su propia altura con mano izquierda en dorsiflexión luego de lo cual presentó dolor acompañado de impotencia funcional que fue cediendo parcialmente con el tiempo sin llegar a ser asintomático, con periodos de exacerbación del dolor a nivel de la región carpiana que no cede a los analgésicos por lo que decide acudir al hospital donde se decide su ingreso. Al examen físico: Mano izquierda presenta dolor a la palpación a nivel del carpo en la tabaquera anatómica, maniobra de Watson positiva, limitación de los arcos de movilidad por el dolor en todos sus ángulos.

En RX Anteroposterior y Oblicua de mano izquierda: se observa zona radio lúcida a nivel de la cintura del cuerpo del escafoides correspondiente a fx no consolidada (imagen 1 A 1 B)

TAC: se observa bordes escleróticos alrededor de la fx, sin formación de callo óseo imagen 1C)

CIRUGIA REALIZADA: Reducción abierta más fijación interna(RAFI) con tornillo Herbert más injerto autólogo de cresta iliaca.

2.- MATERIALES Y MÉTODOS: Mediante la técnica de Fisk Fernández se realizó el abordaje volar para escafoides de aproximadamente 5 cm de longitud, profundizándose hasta llegar al foco de la pseudoartrosis, se liberó al palmar mayor y se realizó la cura de la pseudoartrosis mediante el curetaje y sangrado de los bordes, colocando injerto óseo en 0.5 mm obtenido

se colocó el injerto óseo de 0.5 mm obtenido de la cresta iliaca fijándolo con guía de tornillo Herbert y comprobando la reducción con intensificador de imagen para terminar, fijando la pseudoartrosis con tornillo Herbert de 3.9x4mm y finalmente se colocó una espica de pulgar.

IMAGEN 2: IMÁGENES POSQUIRÚRGICAS



A) RX AP B) RX OBLICUA: SE EVIDENCIA RAFI CON TORNILLO HERBERT + ESPICA DE PULGAR.

3.- RESULTADOS: Consolidación de la pseudoartrosis de escafoides más recuperación de la funcionalidad de la mano izquierda con flexo extensión, aducción, abducción y oposición con los dedos adyacentes.

MAGEN 3: IMÁGENES DE CONTROL A LOS DOS AÑOS



A: RX AP B: OBLICUA C: EN ADUCCIÓN DE MANO IZQUIERDA: CONSOLIDACION DE FOCO DE FX MÁS RECUPERACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD

3.- CONCLUSIONES:

La pseudoartrosis del escafoides Herbert and Fisher's D, tratado con la técnica de Fisk Fernández, promueve resultados funcionales y de consolidación adecuada para el paciente, con la consecuente inserción a las actividades de la vida diaria y ausencia de dolor.

4- DISCUSIÓN:

El tratamiento de la pseudoartrosis del escafoides es quirúrgico mediante la reducción abierta más fijación interna, más injerto óseo y utilizando la técnica con la cual el cirujano se encuentre más identificado, con el fin de obtener los mejores resultados en beneficio del paciente

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Complications of carpal scaphoid fractures: magnetic resonance evaluation, Acta méd. Grupo Angeles vol.16 no.3 México Jul./Sep. 2018
- 2.- Pseudoartrosis del escafoides carpiano, ACTA MEDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 17, No. 1, enero-marzo 201