

# Injerto óseo vascularizado en pseudoartrosis de escafoides. La importancia de la arteria 1,2 suprarretinacular intercompartmental.

González-Martínez, A. <sup>1</sup>, Olmedo Martín, E. <sup>1</sup>,  
Sánchez Rodríguez, S. <sup>1</sup>, López Salinas, J.T. <sup>1</sup>,  
Morales Sánchez-Migallón, C. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Universitario de Ciudad Real.



## Introducción

La pseudoartrosis de escafoides es una complicación frecuente cuya resolución supone un gran reto quirúrgico, habiéndose descrito múltiples técnicas que no han demostrado superioridad unas respecto a otras. Los injertos óseos vascularizados son una buena opción para su tratamiento, precisando de un gran conocimiento anatómico y una técnica quirúrgica depurada para un resultado satisfactorio.

El objetivo de este póster es, a propósito de un caso, describir la técnica quirúrgica y los resultados del injerto óseo vascularizado por arteria 1,2 suprarretinacular intercompartmental (1,2 SRIC) en la pseudoartrosis de escafoides.

## Material y métodos

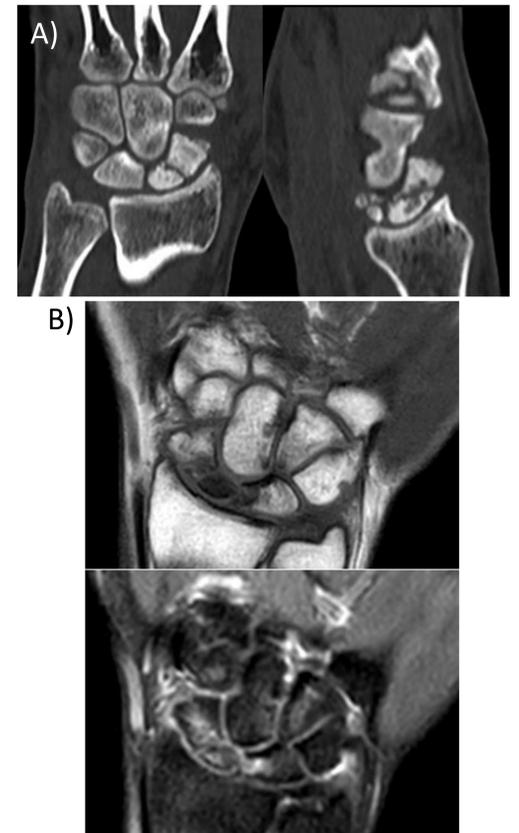
Paciente varón de 34 años que refiere traumatismo en muñeca derecha hace 4 años y actualmente presenta dolor en zona de tabaquera anatómica y polo proximal de escafoides, con movilidad limitada que impide actividad habitual. Se realizan pruebas de imagen -radiografía (Figura 1), TAC y RMN (Figura 2)-, confirmando el diagnóstico de pseudoartrosis de polo proximal de escafoides carpiano por necrosis avascular.

Tras explicar al paciente la patología, necesidad de cirugía y sus riesgos, se procede a intervención quirúrgica, realizándose abordaje dorsal para escafoides carpiano, resección del foco de pseudoartrosis, injerto óseo vascularizado por arteria 1,2 SRIC según Zaidemberg y fijación con tornillo canulado (Figura 3), con control escópico satisfactorio.

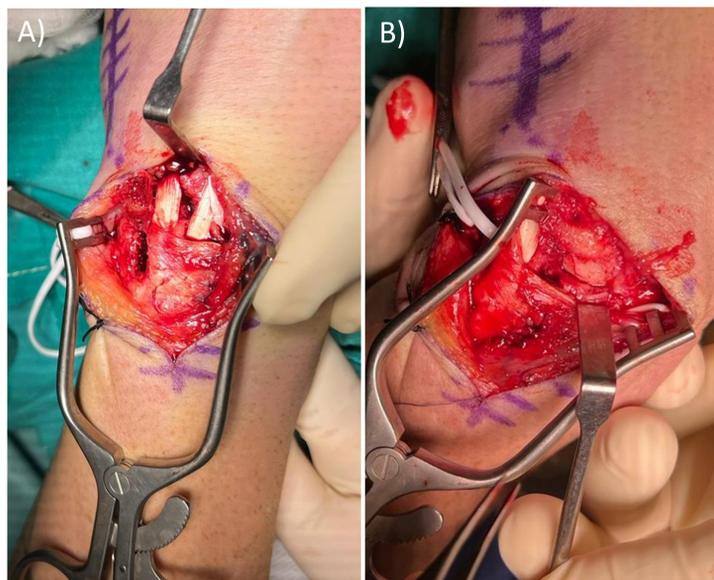
Se coloca férula braquiopalmar durante 3 semanas, cambiando por yeso cerrado hasta las 6 semanas, momento en el que se cambia por ortesis, comenzando los ejercicios de movilidad y rehabilitación a las 8 semanas.



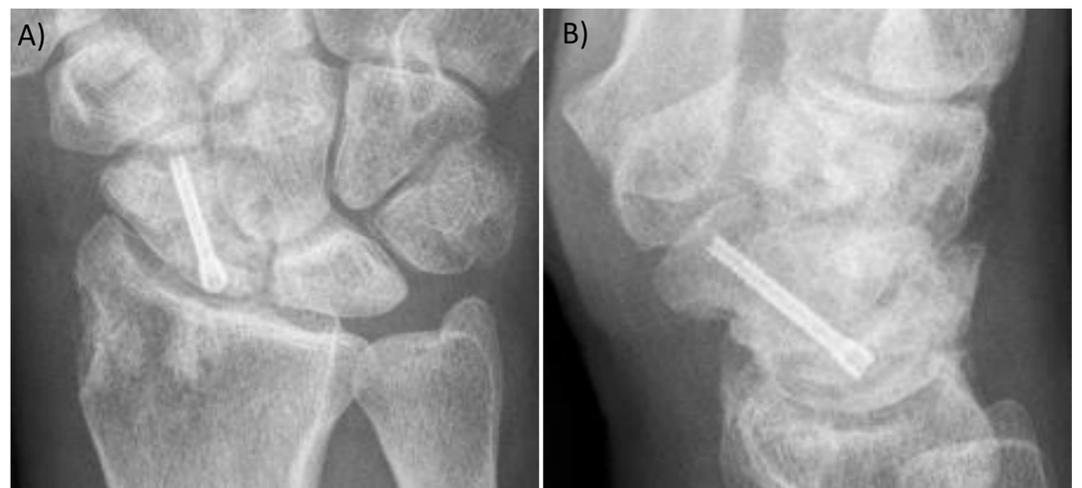
**Figura 1.** Estudio radiográfico inicial A) AP y B) lateral de muñeca realizado 4 años después del traumatismo, cuando el paciente acude a consulta, donde se observa pseudoartrosis de escafoides.



**Figura 2.** A) TAC y B) RMN donde se confirma el diagnóstico de pseudoartrosis del polo proximal de escafoides por necrosis avascular.



**Figura 3.** A) Obtención del injerto óseo vascularizado (IOV) por arteria 1,2 SRIC según Zaidemberg. B) Injerto una vez colocado en foco de pseudoartrosis.



**Figura 4.** A) Radiografía AP y B) lateral de muñeca donde se observa consolidación 6 meses después de la cirugía con IOV fijado con un tornillo canulado. Cicatriz ósea quirúrgica en zona donante de radio distal.

## Resultados

Actualmente, 6 meses después, el paciente presenta rango de movilidad funcional adecuado, sin dolor y se observa en radiografía consolidación de la fractura con integración del injerto (Figura 4).

## Conclusiones

El injerto óseo de radio vascularizado por la 1,2 ASRIC supone una técnica fiable indicada para el tratamiento de la pseudoartrosis de polo proximal de escafoides por necrosis avascular, siendo la tasa de unión igual o mayor que en los casos de injerto no vascularizado<sup>1</sup>.

La fijación puede realizarse con tornillos de compresión o agujas de Kirschner, siendo los resultados satisfactorios en ambos casos.

La técnica quirúrgica debe ser precisa para garantizar el buen estado del pedículo y del injerto, siendo esto fundamental para un resultado exitoso<sup>2</sup>.

**Agradecimientos:** A los pacientes y autores.

**Información de contacto:** Email: gonzalez.martinez.angel@gmail.com

## Bibliografía

1. Kawasaki K, Nemoto T, Kubo K, Tomita K, Inagaki K. Vascularized Bone Grafting for Scaphoid Nonunion with Humpback Deformity: The Surgical Technique. *J Wrist Surg.* 2020;9(6):528-534. doi:10.1055/s-0040-1715800
2. Henry M. Scaphoid nonunion: what is the role of the Zaidemberg 1,2 intercompartmental suprarretinacular arterial flap? *J Hand Surg Eur Vol.* 2018;43(1):41-47. doi:10.1177/1753193417739510