

ARTROLISIS POR CALLO HIPERTRÓFICO TRAS PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES



OBJETIVOS

La fractura de escafoides es la más común de los huesos del carpo, con una incidencia de 12,4/100000 fracturas al año. La tasa de pseudoartrosis es relativamente alta, hasta un 10 % incluso si la fractura se trata adecuadamente. Ésta provoca una cinemática anormal de la muñeca y puede conllevar el colapso de los huesos carpianos, y como consecuencia producir cambios degenerativos que disminuyan la movilidad.

La artrolysis de muñeca se utiliza como tratamiento de la rigidez de muñeca que puede ocurrir por distintas causas. Se presenta caso clínico por no existir ningún caso en la literatura que describa la artrolysis por callo hipertrófico tras pseudoartrosis de escafoides.



MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 30 años, opositor de alta demanda física, que consulta por dolor y limitación a la extensión de muñeca de año y medio de evolución, sin traumatismo previo. Tras Rx y RMN se diagnostica de pseudoartrosis de escafoides.

Imagen 1. Rx y RMN: pseudoartrosis de escafoides con signos de necrosis avascular del polo proximal.

RESULTADOS

Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje volar, limpieza del foco de pseudoartrosis y relleno con autoinjerto esponjoso de cara volar de radio, con fijación con tornillo Micro-Acutrack junto a estiloidectomía radial. Cuatro meses después, continúa limitación a la extensión y además bloqueo completo a la flexión, apreciándose en Rx y TC integración del injerto con exóstosis palmar por sobrecrecimiento. Seis meses tras primera intervención, se realiza artrolysis de muñeca mediante exostosectomía por vía palmar. El paciente recupera flexión completa, pero continúa bloqueo a la extensión, con nueva exóstosis en el aspecto dorsal del escafoides. Nueve meses tras 2ª cirugía, se realiza nueva artrolysis, mediante vía dorsal para fresado de giba de escafoides y osteofito de estiloides radial. Nueve meses tras última intervención, presenta flexión activa de 50º (pasiva de 60º), extensión activa de 40º (pasiva de 70º), desviación radial de 10º (pasiva de 30º) y desviación cubital de 35º.



Imagen 2. Rx y TC: varios meses tras 1ª intervención quirúrgica, se observa consolidación de pseudoartrosis de escafoides con sobrecrecimiento óseo sobre la superficie palmar.



Imagen 3. Fotografía intraoperatoria de 2ª intervención quirúrgica. A la izquierda se observa osteofito palmar que bloquea la flexión de la muñeca. A la derecha, tras realizar exostosectomía palmar, se consigue flexión completa de la muñeca.



Imagen 6. Rx: 3 meses tras última intervención quirúrgica, se mantiene regularización de superficie palmar y dorsal del escafoides.

Imagen 4. Escopia intraoperatoria de 2ª intervención quirúrgica, señalando osteofito palmar del escafoides.



Imagen 5. Fotografía de la movilidad intraoperatoria durante la 2ª intervención quirúrgica. Se aprecia recuperación completa de la flexión de la muñeca tras exostosectomía palmar.

CONCLUSIONES

La formación de callo hipertrófico tras pseudoartrosis de escafoides puede limitar de forma severa la movilidad de la muñeca. Es importante su correcto diagnóstico mediante pruebas de imagen (TC) y su tratamiento precoz. La artrolysis mediante regularización de osteofitos es una opción válida para su tratamiento con buenos resultados en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Della Rosa N, Colzani G, Petrella G, Duca V, Starnoni M, Landi A. Open release of stiff wrist: a medium to long term case series and literature review. *Acta Biomed.* 2022 Sep 26;93(S1):e2022114.
2. Moog P, Cerny MK, Schmauss D, Betzl J, Löw S, Erne H. Osteophytenbedingtes Impingement verringert die Beweglichkeit bei in „Humpback“-Deformität fehlerverheilten Skaphoidrekonstruktion [Osteophyte-induced impingement reduces range of motion in humpback deformity of incorrectly healed scaphoid reconstruction]. *Unfallchirurg.* 2021 Feb;124(2):132-137. German.
3. Guidi M, Luchetti R, Besmens I, Rothenfluh E, Calcagni M. Wrist Arthrolysis: A Systematic Review of Open and Arthroscopic Techniques. *J Wrist Surg.* 2021 Mar 24;10(6):543-550.