

Carpectomía proximal en el tratamiento de la artrosis de muñeca.

Un estudio transversal retrospectivo, con seguimiento mínimo de 11 años

Antonio J. Ortega Betancor, Alberto Marcos García, M^a Alejandra Hincapié Ríos, Bárbara González Couto, Giovanni Fruner
Servicio de Traumatología & Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria

OBJETIVO

Revisión de los pacientes que han sido intervenidos con esta técnica en nuestra unidad (un total de 21), durante un total de 20 años, en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) de Gran Canaria, recabando los datos y resultados, comparándolos a posteriori con los encontrados en la literatura, en pos de valorar la eficacia de la técnica y los resultados que esperables de esta cirugía.

Fundamento

La carpectomía proximal describe una técnica quirúrgica cuyo fin pretende preservar el rango de movilidad, sin sacrificar en exceso la fuerza de la muñeca, a la par que alcanzar el fin último de la misma, disminuyendo o cesando la sintomatología álgica de la muñeca artrósica.

Aunque existen publicaciones que avalan sus indicaciones, la percepción por algunos cirujanos de mano es que la carpectomía proximal resulta un procedimiento radical, optándose, en detrimento suyo, por otros tratamientos quirúrgicos (como la artrodesis en cuatro esquinas, demás artrodesis parciales, la artrodesis total de muñeca o la denervación).

MATERIAL & MÉTODOS

Nuestro estudio retrospectivo descriptivo analizó a 21 pacientes, de un total de 37 iniciales, intervenidos en los últimos 20 años por la Unidad de Miembro Superior del Servicio de COT del CHUIMI, así como su evolución hasta la actualidad, siendo el seguimiento más corto de 11 años.

Se empleó como instrumento de medición general, el cuestionario validado EuroQuol, diseñado para evaluar el estado de salud en cualquier población de pacientes, independientemente del tipo de enfermedad que presenten, midiendo los aspectos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en varias dimensiones (física, psicosocial) y categorías (trabajo, sueño, etc.).^{6,7}

Por otro lado, se utilizó el cuestionario QuickDASH como instrumento de medición específica, ya que este tipo de diseño nos sirve para valorar el estado de salud en un tipo concreto de enfermedad, población, función o problema (dolor).

RESULTADOS

Se objetivó una mejoría del 51,84% del QuickDASH, después de la cirugía respecto al previo, al igual que el EuroQuol, en un 66,67%. Asimismo, el EVA se redujo un 30,59% tras la intervención.

Encontramos que, del total de la serie de casos, el 90,48% a fecha actual y conociendo el resultado, volvería a operarse, frente al 9,52% que no lo haría (tabla 3).

Observamos que existe una correlación positiva (coeficiente de correlación de Pearson = 0,65) entre la apreciación del paciente sobre el resultado de su cirugía y el resultado del cuestionario específico QuickDASH,

En la misma línea, se halló correlación positiva (coeficiente de correlación de Pearson = 0,55) entre el grado de signos degenerativos de la unión radio-grande, mediante la evaluación radiológica, y la apreciación de la cirugía del paciente. Ésta sigue una distribución bimodal, a excepción de un caso, donde 10 de los 21 pacientes, presentaron cambios degenerativos leves con una apreciación excelente de la cirugía. Otros 10 pacientes, presentaron cambios degenerativos moderados y una apreciación de la cirugía de muy buena a buena, con sólo 4 pacientes tachándola de regular. En este sentido, solo un único paciente presentó signos degenerativos severos con una apreciación mala de la cirugía.

Finalmente, se tuvo en cuenta una valoración clínica midiendo el dolor mediante la Escala Analógica Visual (EVA), tanto en el momento previo a la cirugía realizada como en la fecha de análisis de la evaluación, la movilidad en el postoperatorio (extensión, flexión, desviación cubital y radial), la fuerza de presión y pinza mediante dinamómetro manual tipo Jamar (kg), tanto de la mano operada como de la contralateral a modo de comparación.

A fin de valorar los posibles cambios degenerativos que pudieran desarrollarse en la articulación radio-hueso grande, se realizó una evaluación radiográfica en 2 proyecciones (A-P y Lateral) estratificando en cuatro grados, según los signos degenerativos en el espacio articular radio-grande (leve, moderado, severo y anquilosis o fusión).

CONCLUSIONES

Aún cuando la evidencia asociada a este estudio no nos permite sentar protocolos ni indicaciones absolutas, cabría plantear cierta consideración entre la elección de uno u otro tratamiento quirúrgico, pareciendo la carpectomía proximal similar en resultados a largo plazo (siendo el seguimiento de este estudio de entre 21 y 11 años) en lo tocante al dolor y funcionalidad en pacientes jóvenes, siendo destacable que estos beneficios no sigan- aparentemente- una correlación con los hallazgos radiológicos degenerativos que presenta la neoarticulación remanente. Parece existir una tendencia cada vez mayor a desechar la idea de que debe limitarse a un grado leve, con menor porcentaje de complicaciones de trascendencia clínica, como la carencia de no-uniión, la intolerancia al material de osteosíntesis, etc. siendo al mismo tiempo menos costoso y quizá menos cirujano dependiente a la hora de llevar a buen término la cirugía.

En este sentido, se precisaría de estudios prospectivos y mayor evidencia científica para postular la carpectomía proximal como un tratamiento igualmente válido, tanto en estadios leves como severos, en pacientes jóvenes, empleados en tareas manuales de media y alta carga.



Bibliografía

- Alanen M, Stjernberg-Salmela S, Waris E, Karjalainen T, Miettunen J, Ryhänen J, et al. Proximal ROW carpectomy versus four-corner Fusion (PROOF-trial) for osteoarthritis of the wrist: study protocol for multi-institutional double-blinded randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2023;24(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-023-07544-1>.
- Laulan J, Marteau E, Bacle G. Wrist osteoarthritis. *Orthop Traumatol Surg Res* [Internet]. 2015;101(1 Suppl):S1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.06.025>.