



Pseudoartrosis del escafoideos carpiano

José Alberto Reyes Pedroza,¹ Marco Antonio Guadarrama Gutiérrez,¹
Christian Eduardo López Hernández,² Luis Gerardo Domínguez Gasca³

Femenino de 39 años de edad, ama de casa, sin antecedentes de importancia; presentó caída de su altura, colisionando con la mano derecha en dorsiflexión; relata que no detectaron lesión ósea en la radiografía. Fue manejada con muñequera por tres semanas. Manifestaba dolor intermitente en el carpo derecho con la actividad de carga de objetos pesados. La sintomatología se incrementó durante dos años a la fecha. Presentó una nueva caída de las mismas características tres meses antes de consultarnos, agregándose parestesia y paresia de la mano ipsilateral. En la exploración dirigida, región tenar

con disminución del tono muscular, arcos de movilidad en el carpo derecho limitados por dolor en todos sus ángulos, flexo-extensión pasiva y activa de los dedos con arcos normales; dolor ante la digitopresión en la tabaquera anatómica ipsilateral; sensación de parestesia en la región tenar y la cara palmar de los tres primeros dedos y la zona radial del cuarto dedo. El examen clínico muscular de mano mostró una calificación 3/5 para oponente, aductor y flexor corto del pulgar. El resto de la exploración fue normal. Con los diagnósticos de pseudoartrosis de escafoideos (cinco años) y síndrome del túnel del



Figura 1: En proyección AP comparativa de carpo y manos se observa en (A) zona radiolúcida en el cuerpo del escafoideas derecho correspondiente a una fractura (flecha); en acercamiento (B), bordes escleróticos, sin callo óseo; existe disminución de la altura escafoidea a expensas del fragmento distal, sugiriendo necrosis (flecha); en las articulaciones escafo trapecioidea, escafo hueso grande y escafo luna se encuentra esclerosis subcondral y disminución de los espacios articulares mencionados, respetando la articulación radionavicular.

¹ Ortopedista. Cirugía articular. Hospital Puerta de Hierro. Zapopan, Jalisco. México.

² Médico general, adscrito al Servicio de Cirugía articular. Hospital Puerta de Hierro. Zapopan, Jalisco. México.

³ Residente de Traumatología y Ortopedia. Hospital General León. León, Guanajuato. México.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Gasca
Correo electrónico: luisdom88@hotmail.com

Aceptado: 19-02-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>



Figura 2: Imágenes tomográficas del carpo derecho muestran en **(A)** pseudoartrosis de escafoídes; en **(B)** y **(C)**, imágenes en reconstrucción en 3D, confirmando disminución de la altura por posible necrosis, que corresponde a la clasificación de Herbert D2.

carpo (tres meses), se solicitaron radiografías comparativas de ambos carpos, abarcando manos y velocidades de conducción sensitiva y motora de ambos nervios medianos. Las radiografías (*Figura 1*) corroboraron fractura inveterada del escafoídes con artrosis escafotrapezoidea, escafosemilunar y escafohueso grande, respetando la articulación radioescafoidea; las velocidades de conducción mostraron disminución de los tiempos de latencia del nervio mediano distal al ligamento anular del carpo derecho. Se colocó una muñequera con varilla palmar en posición neutra del carpo, se prescribió pregabalina (en dosis de 75 mg BID); se solicitó una tomografía (*Figura 2*) para la toma de decisiones y el planeamiento quirúrgico. La paciente acudió tres semanas después con desaparición del síndrome del túnel del carpo. Se le explicó que requería de un procedimiento quirúrgico para evitar mayor daño y sintomatología del carpo, pero se negó a él.

De las fracturas en los huesos del carpo, al escafoídes (E) corresponde el 60 a 70%; de éstas, 65% se presentan en su cintura, 15% en el polo proximal, 10% en el cuerpo distal, 8% en su tuberosidad y sólo 2% en la superficie articular distal. Sus complicaciones incluyen osteonecrosis, inestabilidad del carpo y osteoartritis; la incidencia de falta de unión después de una fractura de E varía de 5 a 15%.¹ La sintomatología de fractura del E implica dolor en la tabaquera anatómica y con la compresión axial del pulgar, dolor axial del segundo y tercer metacarpianos y con pronación y desviación cubital de la muñeca, así como maniobra positiva de Watson con desplazamiento del E.² Desde el punto de vista diagnóstico en etapa aguda, se requiere una serie especial para visualizar al E. La clasificación de Herbert continúa siendo la utilizada tanto en etapa aguda como en casos de pseudoartrosis del E; la tomografía en caso de pseudoartrosis se realiza para

planejar el manejo quirúrgico. Las anormalidades radiológicas presentes en la pseudoartrosis del E son esclerosis de la línea de fractura, formación de un quiste, ampliación del espacio escafosemilunar, resorción ósea y cambios de osteoartritis. Es habitual que la fractura no desplazada del E³ se maneje en forma conservadora con inmovilización; sin embargo se reporta que este manejo implica cuatro veces mayor riesgo de desplazamiento y presencia de pseudoartrosis que cuando se maneja quirúrgicamente.⁴ En la actualidad, la cirugía artroscópica del carpo permite una valoración completa y diagnosticar lesiones asociadas a la fractura del E. Cuando existe desplazamiento, el tratamiento quirúrgico con fijación interfragmentaria ofrece buenos resultados; sin embargo, la artrosis carpiana puede estar presente en 5.2 a 10% de los casos a pesar de buena consolidación. Cuando existe pseudoartrosis causada por lesión de la rama dorsal carpiana de la arteria radial, se requiere injerto óseo; la artrodesis denominada “de cuatro esquinas” es la recomendada. De no efectuar tratamiento, 100% de los casos presentarán artrosis del carpo.

REFERENCIAS

1. Fowler JR, Hughes TB. Scaphoid fractures. *Clin Sports Med.* 2015; 34: 37-50.
2. Arsalan-Werner A, Sauerbier M, Mehling IM. Current concepts for the treatment of acute scaphoid fractures. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2016; 42 (1): 3-10.
3. Singh HP, Taub N, Dias JJ. Management of displaced fractures of the waist of the scaphoid: meta-analyses of comparative studies. *Injury.* 2012; 43 (6): 933-939.
4. Reigstad O, Thorkildsen R, Grimsgaard C, Melhuus K, Røkkum M. Examination and treatment of scaphoid fractures and pseudarthrosis. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2015; 135 (12-13): 1138-1142.