

Fractura de escafoides inestable: abordaje palmar (Entrevista académica)

Alejandro Espinosa Gutiérrez*

Es indudable que en el tratamiento de las fracturas del escafoides aún existe mucha controversia, pero actualmente se está siguiendo una conducta más agresiva en cuanto a tratamiento quirúrgico se refiere.

Objetivos:

- a) Revisar las indicaciones del abordaje palmar.
- b) Analizar sus ventajas y desventajas.

¿Por qué usar tratamiento quirúrgico?

Si analizamos un poco este tipo de fracturas nos daremos cuenta de que son fracturas articulares que requieren reducción anatómica, así como una osteosíntesis rígida y estable para poder iniciar una movilización precoz y evitar complicaciones como la seudoartrosis, consolidación en mala posición y tiempos prolongados de inmovilización.

¿Cuándo está indicado tratamiento quirúrgico en fracturas del escafoides?

El tratamiento quirúrgico se indica cuando existe una fractura inestable, también en las desplazadas y en las asociadas a lesiones ligamentarias; lo mismo en fracturas luxaciones del carpo, las del polo proximal, un tipo de fracturas que genera mucha controversia y son las estables no desplazadas, las tipo A2 de la clasificación de Herbert en personas jóvenes.

¿Por qué existe controversia en este último grupo?

Bueno, esto se debe a que son fracturas que si se inmovilizan el tiempo adecuado consolidarán en más de 90% de los casos, pero existe el inconveniente de que se requiere de por lo menos 6 a 8 semanas de inmovilización y si se realiza una

* Jefe del Servicio de Cirugía de Mano del Instituto Nacional de Rehabilitación.

osteosíntesis percutánea con tornillo canulado y visión artroscópica se puede iniciar tratamiento de rehabilitación en forma temprana.

¿Cuáles son los criterios de inestabilidad en estas fracturas?

Cuando existe un desplazamiento mayor a 1 mm, ángulo escafo-lunar mayor a 60°, ángulo capito-lunar mayor de 15°, conminución de los fragmentos y también se consideran inestables los trazos oblicuos y las fracturas del polo proximal.

¿Qué método de fijación recomienda para las fracturas inestables?

Existe una gran variedad de implantes para la osteosíntesis en las fracturas del escafoides, que van desde los clavos de Kirschner que son muy versátiles, económicos y fáciles de retirar, pero con la desventaja de que no dan compresión interfragmentaria y tienen que ser acompañados de inmovilización externa; están los tornillos para escafoides, propuestos inicialmente por McLaughlin en 1954 y actualmente con soporte en múltiples publicaciones, que confieren más estabilidad pero también requieren de una técnica más precisa y cuidadosa y son más costosos. El tornillo de Herbert; el que es canulado como el Herbert-Whipple; el Haddad-Riordan (Acutrack Acumed) es un tornillo cónico, el canulado 3.0 con arandela roscada AO. Pero claro que depende de la experiencia del cirujano, del tipo de fractura y de los medios con que se cuente. Es indudable que los tornillos que dan compresión entre los fragmentos son los que dan más estabilidad (Figura 1).

¿Qué abordaje quirúrgico es el más adecuado?

Esto depende del tipo de fractura; en las fracturas de tercio medio o distal se recomienda el abordaje palmar y en los casos de fracturas del polo proximal el dorsal.

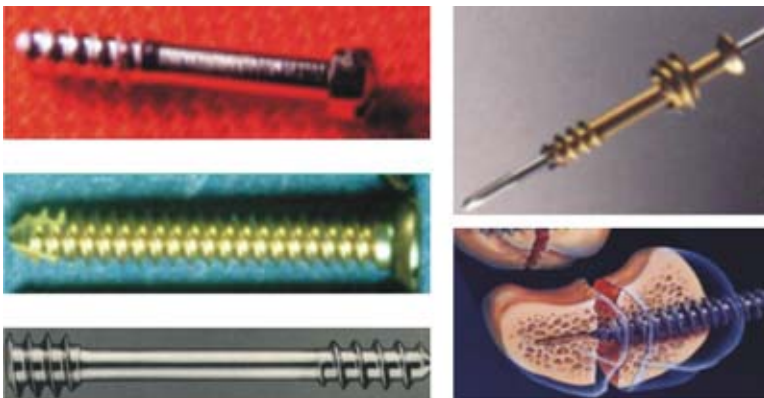


Figura 1. Tipos de tornillos para la osteosíntesis del escafoides.

¿En alguno de los abordajes existe la posibilidad de dañar la vascularidad del escafoides?

En general existe más probabilidad de daño a la vascularidad del escafoides en el abordaje dorsal, pero todo depende de la técnica quirúrgica y del cuidado que se tenga durante la disección.

El abordaje palmar o de Russe es el más utilizado. Este abordaje, como mencioné, se utiliza para las fracturas de polo distal y cintura del escafoides pero también en los casos de pseudoartrosis con flexión del escafoides. Se toma como referencia el palmar mayor (flexor carpi radialis FCR), insisión en palo de jockey, disección de tejido celular subcutáneo y se expone el intervalo entre el FCR y la arteria radial, llegando a la cápsula articular se incide entre el ligamento escafo-hueso grande y el radio semilunar, se localiza el foco de fractura, se realiza la reducción y se abre la articulación escafoides, y en el trapecio se coloca clavillo de Kirschner y se realiza la osteosíntesis dependiendo del implante elegido (*Figuras 2 y 3*).

En los casos de fracturas no desplazadas se recomienda utilizar técnica de tornillo percutánea con auxilio artroscópico. El tornillo que utilizamos en estos casos es el de Herbert- Whipple o Acutrack (*Figuras 4 a y b, 5 y 6*).



Figura 2. Abordaje en palo de hockey.



Figura 3. Apertura capsular.



Figuras 4 a y b. Osteosíntesis percutánea con intensificador de imágenes.



Figuras 5 y 6. Osteosíntesis con tornillo de Herbert-Whipple

¿Se recomienda utilizar aporte osteogénico?

En las fracturas recientes, tratadas mediante fijación estable no se requiere, esto es más recomendado en los casos de retardo de consolidación o pseudoartrosis con necrosis avascular.

¿Después de realizar la osteosíntesis se recomienda inmovilizar?

Depende de la estabilidad que se haya logrado. Aun en osteosíntesis estables existen autores que recomiendan utilizar una inmovilización antebraquial por 2 a 3 semanas. Nosotros dejamos un vendaje almohadillado durante dos semanas si es una osteosíntesis estable principalmente para disminuir dolor e inflamación postquirúrgica.

¿En qué reside el lograr una consolidación adecuada?

Principalmente en dar estabilidad a la fractura y preservar la vascularidad del escafoides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Russe O. Fractures of the carpal navicular: Diagnosis, non operative treatment, and operative treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1960; 42: 759-768.
2. Cooney DP, Dobyns JH, Linscheid RL. Fractures of the scaphoid: a rational approach to management. *Clin Orthop* 1980; 149: 90-97.
3. Herbert TJ, Fisher WE. Management of the fractures scaphoid using a new bone screw. *J Bone Joint Surg Br* 1984; 66: 114-123.
4. Taleisnik J, Kelly PJ. The extraosseous and intraosseous blood supply of the scaphoid bone. *J Bone J Surg Am* 1996; 48: 1125-1137.
5. Gellman H, Caputo RJ, Carter V, et al. Comparison of short and long thumb-spica casts for non-displaced fractures of the carpal scaphoid. *J Bone Joint Surg AM* 1989; 71: 354-357.
6. Slade JF, Gutow AP, Geissler WV. Percutaneous internal fixation of scaphoid fractures via an arthroscopically assisted dorsal approach. *J Bone Joint Surg Am* 2002; (Suppl 2): 2136.