

Complicaciones de las fracturas del escafoides

Juan Manuel Fernández Vázquez*

Las complicaciones encontradas en el manejo diagnóstico, y tratamiento de las fracturas del escafoides son numerosas y frecuentemente frustrantes.^{1,6}

Errores en el diagnóstico:

1. Falla en encontrar la fractura en las radiografías iniciales y no colocar inmovilización por 2 ó 3 semanas seguida de nuevos estudios radiográficos.
2. A pesar de la sintomatología a la segunda o tercera semanas, no efectuar estudios de imagenología que corroboren o descarten la presencia o ausencia de la fractura.
3. No efectuar la clasificación adecuada entre estables e inestables.

Objetivos:

- a) Conocer las complicaciones que se presentan en el diagnóstico, tratamiento conservador y quirúrgico de las fracturas del escafoides y su tratamiento.

Errores en el tratamiento conservador:

1. Reducción insuficiente.
2. Inmovilización inadecuada: yeso braquipalmar vs yeso antebraquipalmar de acuerdo a la clasificación diagnóstica y la presencia o ausencia de estabilidad.
3. Tiempo de inmovilización inadecuado, con movilización prematura.
4. Falla en reconocer la presencia de inestabilidad carpiana durante la inmovilización con yeso.
5. Falla en reconocer el retardo de consolidación o la seudoartrosis.
6. Problemas relacionados con el yeso: neuritis por presión, rigidez capsular.

Complicaciones con el tratamiento quirúrgico:

1. Neuritis de las ramas sensitivas.
2. Infección en el sitio de entrada de los clavos de Kirschner.

* Editor Invitado y Ortopedista Especializado en Cirugía de Mano. Profesor Titular del Curso de Postgrado de Ortopedia del Centro Médico ABC.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Manuel Fernández Vázquez

Av. Carlos Graef Fdz. No. 154 Consultorio 406 Col. Tlaxala 05300

E-mail: fernandezvazquez@yahoo.com

3. Extrusión de los clavos de Kirschner
4. Mala posición de los tornillos.
5. Extrusión de la punta del tornillo hacia la superficie articular.
6. Pérdida de la reducción por aflojamiento o mala posición de clavos o tornillos.
7. Extrusión del injerto óseo.
8. Consolidación del injerto óseo en uno de los fragmentos del escafoideas pero no en el otro.
9. Desintegración avascular del fragmento proximal.
10. Condrólisis en la articulación radio-escafoidea que produce artrosis fibrosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Condamine JL, Lebourg M, Raimbeau G. Analysis of twenty-eight recurrent pseudoarthrosis of the carpal navicular after the Matti-Russe operation. *Ann Chir Main* 1986; 5: 269-280.
2. Kim WC, Schaffer JW, Idzikowski C. Failure of treatment of ununited fractures of the carpal scaphoid. The role of non-compliance. *J Bone Joint Surg Am* 1983; 65: 985-991.
3. García-Elías M, Vall A, Salo JM, et al. Carpal alignment alters different surgical approaches to the scaphoid: A comparative study. *J Hand Surg AM* 1988; 13: 604-612.
4. Lindstrom G, Nystrom A. Incidence of post-traumatic arthrosis after primary healing of scaphoid fractures: A clinical and radiological study. *J Hand Surg Br* 1990; 15: 11-13.
5. Green DP. The effect of avascular necrosis on Russe bone grafting for scaphoid nonunions. *J Hand Surg Am* 1985; 10: 597-605.
6. Perlik PC, Guildford WB. Magnetic resonance imaging to assess vascularity of scaphoid nonunions. *J Hand Surg A* 1991; 16: 479-484.