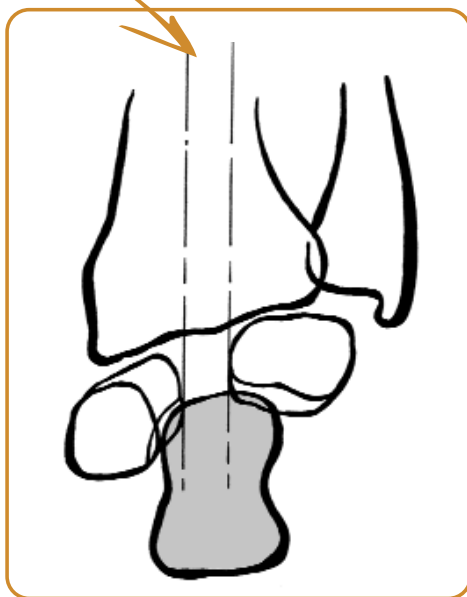


DISOCIACIÓN ESCAFOSEMILUNAR

La inestabilidad o disociación entre el escafoides y el semilunar es la forma más frecuente de inestabilidad en el carpo.

Este tipo de disociación ocurre cuando el escafoides y el semilunar están separados lo suficiente hasta que se produce la rotura de su membrana, que los une. Entonces el escafoides hace una flexión palmar y el semilunar una flexión dorsal. El mecanismo suele ser una caída sobre la mano en hiperextensión, inclinación cubital y supinación.

*Figura 29.-
Disociación
escafolunar*



La imagen radiográfica de la separación escafosemilunar fue llamada por Frankell el "signo de Terry Thomas" (figura 29), en recuerdo a la separación dental del humorista británico.

Ante esta inestabilidad, el semilunar se presenta con flexión dorsal mientras que el hueso grande se inclina a palmar y esta entidad es denominada "deformidad en DISI" (Dorsiflexed intercalated segment instability). Esta entidad también puede presentarse tras pseudoartrosis del escafoides de larga evolución o fracturas del radio con vascularización.

Si el cuadro evoluciona sin tratamiento, aunque es difícil determinar en cuánto tiempo, aparecen las lesiones degenerativas resultantes de la inestabilidad con colapso del escafoides en la fosa radial, constituyendo la lesión SLAC (scapho-lunate advanced collapse) de Watson K.

También radiológicamente encontraremos un acortamiento del escafoides debido a la posición vertical que adopta y la aparición del "signo del anillo".

El cuadro clínico se caracteriza por dolor centrado en la articulación escafosemilunar, con disminución de la fuerza prensil, disminución de la movilidad e inestabilidad del escafoides a la exploración bajo los dedos del explorador.

El tratamiento en las fases agudas, consistirá en reducir la subluxación rotatoria del escafoides, mediante manipulación, fijación con agujas percutáneas y vendaje enyesado.

Según algunos autores, la reducción cerrada falla, y aconsejan la reducción abierta, mediante doble abordaje si es necesario y reconstrucción por sutura de los ligamentos desgarrados con hilo no reabsorbible y seguido de fijación por agujas. Otra forma de reconstrucción para fases subagudas es la plastia con tendón-retináculo-tendón procedente del tubérculo de Lister (técnica de Weiss) (figura 30).

Lesiones de la muñeca

En los casos crónicos se han postulado varias técnicas para reproducir el ligamento radioescafolunar con plastias tendinosas (Linscheid y Dobins con tendón del 1° o 2° radial, Taleisnik con tendón del palmar mayor), capsulodesis (Blatt) e incluso artrodesis en los casos avanzados como el SLAC (artrodesis escafolunar, artrodesis escafo-trapecio-trapezoides-STT).

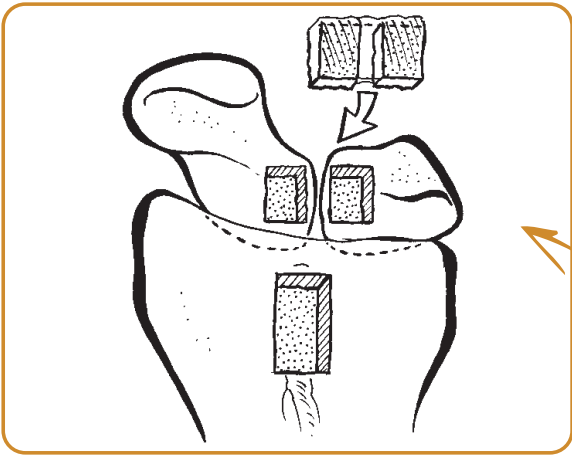


Figura 30.- Técnica de Weiss

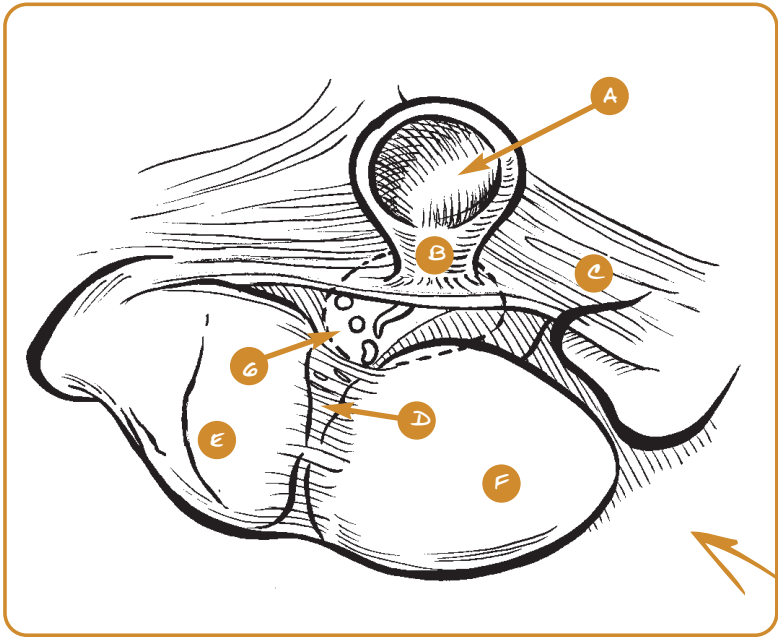


GLAGLIÓN DORSAL DEL CARPO

El ganglión de la mano y carpo, es una de las lesiones más frecuentes y benignas. Representan un 60% de los tumores de la mano y son razón común de consulta. Se da más frecuentemente en mujeres que en varones en proporción de 3:1.

Sus localizaciones más frecuentes en mano y carpo son la región dorsal y volar del carpo, la región dorsal de la articulación interfalángica distal (IFD) y el tendón flexor.

La etiología es desconocida. Muchos pacientes no recuerdan traumatismo y en otros casos sale como consecuencia de osteoartritis de la IFD. Los gangliones pueden ser con una sola cámara, o multiloculados. La cápsula es relativamente acelular, con escasos fibroblastos, y el contenido es un fluido claro y viscoso.



El **ganglión dorsal de la muñeca** es el más frecuente, alrededor del 70% es en esta localización. Nacen en el intervalo entre los huesos escafoides y semilunar y conectan con la membrana ligamentosa y capsular (figura 31).

Figura 31.- Ganglión dorsal.
A: quiste;
B: conducto;
C: cápsula dorsal;
D: ligamento escafolunar;
E: escafoides;
F: semilunar;
G: microquistes.

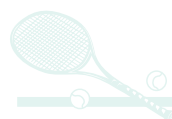
El diagnóstico puede ser relativamente sencillo de realizar, puesto que el examen y la historia es clara. Muchos pacientes describen dolor en fases iniciales, cuando el quiste todavía no es visible. En cambio el dolor decrece cuando el quiste ya es grande. Tal dolor parece ser debido a la disección de las estructuras mientras aflora y por compresión de las ramas del nervio interóseo posterior.

El diagnóstico se realiza por inspección y puede confirmarse por ecografía o por resonancia magnética nuclear (RMN). La radiología se efectuará para descartar patología ósea subyacente.

Las opciones de tratamiento incluyen la rotura cerrada, punción aspiración y exéresis quirúrgica.

Algunos estudios han demostrado la rotura espontánea en el 50% de los casos. En los casos de rotura cerrada por contusión sólo se han curado un 22%, y en los casos de punción aspiración la recidiva es superior al 50%.

En los casos en que se decide la exéresis en quirófano se realiza una anestesia loco regional y se aborda el quiste hasta la cápsula dorsal, resecando los márgenes para garantizar la no recidiva, que en casos de cirugía se sitúa alrededor del 5%.



LUXACIÓN DEL TENDÓN DEL EXTENSOR CARPI ULNARIS (E.C.U.)

La función de este músculo, en representación de su tendón, es la de ejercer flexión dorsal del carpo y desviación cubital de forma más secundaria. Transcurre por encima de la cabeza del cúbito, donde éste le alberga en una corredera propia y se inserta en la base del quinto metacarpiano.

Esta corredera del carpo (la sexta) proporciona al tendón un techo a modo de túnel fibroso que en situaciones de máximo estrés (movimiento brutal de pronación y adduc-

ción) puede provocar una lesión del tendón (rotura parcial) o luxación.

En el mundo del tenis lo hemos visto en el drive y en el revés a dos manos en el brazo no dominante. Ocurre en el golpe de derecha en el movimiento de aceleración: la mano pasa de supinación-desviación cubital y flexión a pronación flexión ventral.

Situación similar es la que ocurre con las lesiones del receso cúbito carpiano que provoca el "impinge-

Lesiones de la muñeca

ment”, el cual estudiaremos posteriormente.

El diagnóstico es principalmente clínico, puesto que se puede reproducir la luxación del tendón del ECU mediante prono-supinación del carpo con el codo en flexión de 90°.

Para el tratamiento habrá que tener en cuenta la no existencia de lesiones asociadas, como “impingement”, rotura del fibrocartílago triangular del carpo (FCTC) o inestabilidad radio cubital distal.

Durante la cirugía nos encontramos habitualmente con dos situaciones: rotura del tendón, con fenómenos sinovíticos añadidos y con integridad de la corredera, o integridad del tendón con luxación del tendón.

En el primer caso, al abrir la vaina del tendón solemos encontrar una proliferación sinovítica y pequeñas roturas del tendón que provocan, cuando se exploraba, crepitaciones a la movilidad y que se confundían con resaltes de subluxación. Si no existen dudas acerca de la subluxación o luxación, se reparará el tendón y se reconstruirá la vaina, procurando no cerrar en tensión. Si el caso que se da es de luxación del tendón en la corredera, se procederá a la creación de una nueva corredera mediante parte del retináculo extensor y cierre cuidadoso de la vaina.

En ambos casos se impone una inmovilización por un espacio de cuatro semanas en cierta pronación del antebrazo, para procurar relajación del tendón en su corredera nueva.

SÍNDROME DE “IMPINGEMENT” CÚBITO CARPIANO

Se trata de un dolor localizado en el receso cúbito carpiano en sus vertientes medial o dorsal y que se incrementa con la flexión y adducción del carpo. Suele ser el resultado de una caída con la muñeca en hiperextensión y el antebrazo en pronación. En otros casos no obedece a caída, sino que puede ser debido a microtraumatismos repetidos.

El espacio cúbito carpiano está comprendido por la articulación radio cubital distal, fibrocartílago triangular del carpo (FCTC), huesos semilunar, piramidal y pisiforme y los ligamentos intra y extracapsulares.

En 1998, Aramburu describe el meniscoide como una estructura o

repliegue sinovial encima del FCTC y que va desde el hueso piramidal hasta la cara profunda del tendón del extensor carpi ulnaris (ECU).



A la exploración se encontrará dolor en el área infraestilidea que se incrementará con la inclinación ulnar y flexión del carpo. No existe inestabilidad de la articulación radio cubital distal y la radiología no muestra alteraciones. La causa es la siguiente: cuando el carpo está en extensión y pronación, el tendón del ECU se encuentra relajado.

Figura 32.-
El meniscoide



La cabeza del cúbito no encuentra límite para dirigirse en esa dirección cuando se realiza flexión dorsal. En este momento se produce un desgarro del meniscoide de la vaina del ECU al cual va a parar y queda colgando entre: FCTC, cara superior del piramidal y margen externo de la vaina del tendón.

Entonces en los movimientos de flexión adducción del carpo, hay una compresión del meniscoide y posterior degeneración del cartílago del piramidal.

En tenis, los golpes predisponentes son el drive, el revés a dos manos en brazo no dominante, el servicio liftado y cortado y la volea de derecha.

Llegaremos al diagnóstico mediante la realización de una detallada historia clínica a través de la cual el mecanismo de producción, bien sea traumático o por sobreuso, será estudiado para correlacionar lo ocurrido con lo diagnosticado. El estudio por imágenes comprenderá la realización de radiografías estándar, dinámicas y en estrés, resonancia magnética nuclear (RMN), gammagrafía y test anestésico.

El diagnóstico diferencial se realizará, a través de los hallazgos encontrados en las pruebas realizadas con: inestabilidad radio cubital distal, luxación del ECU, lesiones del FCTC, disociación escafo lunar, síndrome de impactación cúbito carpiano (los estiloides, pseudoartrosis

Lesiones de la muñeca

de la estiloides, cubitus plus, estiloides magna, etc).

El tratamiento, en los casos agudos, consistirá en inmovilización mediante yeso o vendaje similar termomoldeable por un espacio de hasta cuatro semanas según la intensidad de la lesión, para pasar posteriormente a la rehabilitación. Ocasionalmente las infiltraciones tendrán su papel.

En los casos crónicos, bien por fracaso en el tratamiento médico, bien por llegar ya con el cuadro evolucionado, y siempre y cuando persista el dolor que impida la realización del deporte, se recomendará la realización de una artroscopia. En ella se valorará el estado de la interlínea radio-cúbito carpiana en general y en especial atención al espacio afecto en que se identificará el receso cúbito carpiano con las lesiones que normalmente se encuentran como son el meniscoide, erosiones en el piramidal y sinovitis. Con los elementos motorizados se procederá a su resección y alisado condral así como a la reparación de posibles estructuras (rupturas o desinserciones del FCTC).

