



Revista Española de  
**Artroscopia y Cirugía Articular**

www.elsevier.es/artroscopia



**Original**

**Síndrome de impactación ulnocarpiana, manejo artroscópico**

Vicente Carratalá Baixauli<sup>a,\*</sup>, Francisco Javier Lucas<sup>a</sup>, Rafael Calero Ferrandis<sup>a</sup>  
y Eduardo Sánchez Alepuz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Traumatología, Unión de Mutuas, Valencia, España

<sup>b</sup> Jefe de Servicio de Traumatología, Unión de Mutuas, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de mayo de 2014

Aceptado el 13 de julio de 2014

Palabras clave:

Artroscopia

Muñeca

Impactación ulnocarpiana

Fibrocáritago triangular

R E S U M E N

La impactación ulnocarpiana es una de las causas frecuentes de dolor en el borde cubital de la muñeca.

Es una entidad degenerativa progresiva, causada por la impactación crónica del cúbito contra el fibrocáritago triangular (FCT) y la porción ulnar del carpo. El objetivo del tratamiento quirúrgico será realizar una descompresión en la columna cubital de la muñeca, en la articulación ulnocarpiana.

Con los avances de la cirugía artroscópica de muñeca es posible realizar el acortamiento de la cabeza cubital (procedimiento de Wafer) por vía artroscópica, a la vez que pueden valorarse y tratarse las lesiones asociadas a la impactación ulnar (lesiones del FCT, lesiones condrales, roturas del ligamento lunopiramidal, sinovitis, etc.), lo que permite un tratamiento más completo y preciso, y con unos resultados muy satisfactorios.

Copyright © 2014, Fundación Española de Artroscopia (FEA). Publicado por ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U. Éste es un artículo en open access bajo el CC BY-NC-NDlicense (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

**Ulnocarpal impaction syndrome: arthroscopic management**

A B S T R A C T

Ulnocarpal impaction is one of the most common causes of ulnar-sided wrist pain. It is a progressive degenerative condition caused by chronic impaction of the ulnar head against the triangular fibrocartilage (TFC) and the ulnar portion of the carpus. The aim of surgical treatment is to perform a decompression of the ulnar column of the wrist, in the ulnocarpal joint.

With the advances in wrist arthroscopic surgery it is possible to shorten the ulnar head (Wafer procedure) by an arthroscopic approach, at the same time as assessing and treating the injuries associated with the ulnar impaction (TFC injuries, chondral injuries, lunopyramidal ligament tears, synovitis, etc.), thus allowing a more complete and accurate treatment, and with some very satisfactory results.

Copyright © 2014, Fundación Española de Artroscopia (FEA). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Keywords:

Arthroscopy

Wrist

Ulnocarpal impaction

Triangular fibrocartilage

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vteca@ono.com (V. Carratalá Baixauli).

## Introducción

Dentro de las posibles causas de dolor en el borde ulnar de la muñeca, la impactación ulnocarpiana ocupa un lugar destacado entre las más frecuentes<sup>1</sup>.

La impactación crónica del cúbito contra el fibrocartílago triangular (FCT) y la porción ulnar del carpo conlleva un aumento de cargas axiales que puede llegar a provocar desgaste y roturas del FCT, condromalacia del semilunar, el piramidal y la cabeza cubital, lesiones del ligamento lunopiramidal, inestabilidades del carpo y artrosis articular<sup>2,3</sup>.

El tratamiento descrito para esta entidad ha consistido clásicamente en una osteostomía de acortamiento cubital, que descomprimiera la columna ulnar de la muñeca. Posteriormente aparecieron técnicas como la resección parcial de la cabeza ulnar (procedimiento de Wafer), con las que se consiguieron resultados equivalentes a los de la osteostomía cubital.

Con la aparición y el desarrollo de la artroscopia de muñeca podemos reproducir la técnica de resección parcial de la cabeza ulnar añadiendo las ventajas de la cirugía artroscópica, igualando o mejorando los resultados y disminuyendo las posibles complicaciones derivadas de la cirugía, a la vez que realizamos una exploración articular más completa, lo que nos permitirá el estudio de otras lesiones que con frecuencia se asocian a la impactación ulnocarpiana (lesiones del FCT, lesiones condrales, roturas del ligamento lunopiramidal, sinovitis, etc.).

## Biomecánica y etiopatogenia

El factor predisponente más frecuente para la aparición del síndrome de impactación ulnar es la varianza cubital positiva, que está relacionada con la disminución del grosor del FCT.

Generalmente, el radio recibe aproximadamente el 82% de las cargas axiales de la muñeca, mientras que el cúbito recibe el 18% restante. Estas transmisiones de carga pueden variar en relación con la varianza cubital. Aumentos de la longitud del cúbito de entre 2 y 3 mm pueden aumentar la transmisión de cargas hasta el 42%, y un acortamiento de 2-3 mm pueden disminuir esa carga hasta el 4%<sup>4-6</sup>.

La varianza cubital positiva puede aparecer:

- En una posición congénita de la superficie articular del cúbito más distal que la del radio.
- Adquirida por un acortamiento del radio secundario (unión defectuosa o acortamiento tras fracturas de radio distal, o migración proximal tras la exéresis de la cabeza del radio).
- Con excesiva variación ulnar dinámica. Mayor traslación distal de la cabeza ulnar durante la desviación cubital, la pronación y la presión<sup>7-9</sup>.

El síndrome de impactación ulnar no es, pues, exclusivo de las muñecas con varianza cubital positiva, sino que puede aparecer en muñecas con varianza cubital neutra o incluso negativa. Se debe a que la varianza puede incrementarse durante diferentes actividades, especialmente aquellas que implican pronación del antebrazo y presión<sup>10</sup>.

La clasificación de Palmer<sup>11</sup> de las lesiones del FCT (tipo II) describe el proceso degenerativo de la impactación ulnar (tabla 1). En ocasiones, los estadios pueden superponerse. El conocimiento de la clasificación y el reconocimiento de las lesiones nos ayudará a escoger el tratamiento más adecuado en cada caso.

**Tabla 1 – Clasificación de Palmer de las lesiones tipo II del fibrocartílagos triangular (FCT)**

A	Desgaste del FCT
B	Desgaste del FCT con condromalacia del semilunar y/o la cabeza ulnar
C	Perforación del FCT con condromalacia del semilunar y/o la cabeza ulnar
D	Perforación del FCT con condromalacia del semilunar y/o la cabeza ulnar + perforación del ligamento lunopiramidal
E	Perforación del FCT con condromalacia del semilunar y/o la cabeza ulnar + perforación del ligamento lunopiramidal + artritis ulnocarpiana

## Clínica y diagnóstico

Los pacientes presentan dolor en el borde cubital de la muñeca, que se agrava con las actividades que requieren fuerza y presión repetida, sobre todo en pronación y desviación cubital. Puede aparecer edema ocasional, disminución del rango de movilidad y de la fuerza de presión<sup>2,12</sup>, que debe medirse con un dinamómetro.

El examen físico revela dolor al palpar sobre el borde cubital del carpo, el FCT y la articulación lunopiramidal.

Existen maniobras sugestivas de la presencia de impactación ulnocarpiana, como el test de estrés ulnocarpiano de Nakamura<sup>13</sup>, en el que se reproduce el dolor colocando la muñeca en desviación cubital máxima, y el explorador aplica una fuerza axial sobre la mano y el antebrazo a la vez que se rota desde pronación completa hacia supinación.

Otra maniobra que puede realizarse es el denominado *press test*, descrito por Lester et al.<sup>14</sup>, en el que se pide al paciente que se levante de la silla apoyado sobre las manos y empujando, lo que crea una fuerza axial sobre el borde cubital de la muñeca y provoca dolor.

Al aumentar la transmisión de fuerzas con la pronación, la fuerza de presión variará, y será menor si se mide en pronación respecto a la supinación (GRIT test)<sup>15</sup>. Cuando la ratio (fuerza de presión en supinación/fuerza de presión en pronación) sea mayor de 1,3, debemos sospechar la existencia de una impactación ulnocarpiana.

En el estudio radiográfico debemos realizar radiografías simples anteroposteriores en rotación neutra y laterales. Debemos medir la varianza cubital y compararla con el lado contralateral, ya que el índice puede ser muy variable. En caso de impactación podemos observar un pinzamiento de la cabeza cubital con la primera hilera del carpo, lesiones quísticas degenerativas en el borde inferocubital del semilunar y en ocasiones en el borde inferorradial del piramidal, junto a esclerosis subcondral de la cabeza cubital. Deben evaluarse posibles acortamientos postraumáticos del radio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4305974>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4305974>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)