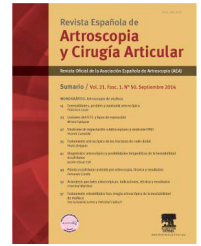




Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular

www.elsevier.es/artroscopia



Original

Diagnóstico y tratamiento artroscópico de la inestabilidad escafolunar

Fernando Corella^{a,b,*}, Montserrat Ocampos^{a,b} y Miguel Del Cerro^b

^a Unidad de Cirugía de Mano, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^b Unidad de Cirugía de Mano, Hospital Beata María Ana, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de mayo de 2014

Aceptado el 13 de julio de 2014

Palabras clave:

Ligamento escafolunar
Artroscopia de muñeca
Ligamentoplastia artroscópica
Inestabilidad carpiana
Inestabilidad escafolunar

Keywords:

Scapholunate ligament
Wrist arthroscopy
Arthroscopic ligamentoplasty
Carpal instability
Scapholunate instability

R E S U M E N

La inestabilidad escafolunar constituye la inestabilidad más frecuente del carpo y abarca una amplia espectro de lesiones que van desde la lesión parcial del ligamento escafolunar hasta la lesión completa del mismo asociada a una lesión de los estabilizadores secundarios. Clásicamente se ha clasificado en lesión predinámica, dinámica y estática según los hallazgos radiográficos en las radiografías simples y dinámicas. A pesar de ello, las pruebas radiológicas presentan un alto porcentaje de falsos negativos, por lo que la técnica de referencia para el diagnóstico de estas lesiones es sin duda la artroscopia de muñeca. En este trabajo se presenta una revisión de las distintas clasificaciones artroscópicas de la inestabilidad escafolunar, junto a otras exploraciones artroscópicas útiles para facilitar la valoración de esta patología descritas por los autores.

En cuanto al tratamiento artroscópico de la inestabilidad escafolunar, existen numerosas técnicas. En el presente trabajo se hace una revisión de las técnicas más extendidas, como son el desbridamiento, la electrocoagulación, la reducción-asociación escafolunar (RASL) y la sutura capsuloligamentosa. Se hace una mención especial a la ligamentoplastia artroscópica, descrita por los autores, que permite una reconstrucción dorsal y volar del ligamento escafolunar.

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/>).

Arthroscopic diagnosis and treatment of scapholunate instability

A B S T R A C T

Scapholunate instability is the most common instability of the carpal and covers a wide spectrum of lesions, from a partial scapholunate ligament injury to its complete injury associated with a lesion of the secondary stabilizers. It has usually been classified into pre-dynamic, dynamic and static injury depending on the radiographic findings on the simple and dynamic X-rays. Despite all this, radiological tests have a high percentage of false negatives, thus the "gold standard" technique for the diagnosis of these injuries is,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Fernando.corella@gmail.com (F. Corella).

without a doubt, wrist arthroscopy. In this article, as review of the different classifications of scapholunate instability is presented, along with other useful arthroscopic examinations to help in the assessment of this condition described by the authors.

There are numerous techniques available for the arthroscopic treatment of scapholunate instability, and this article will present a review of the most extensively used techniques such as, debridement, electrocoagulation, reduction-association scapholunate (RASL) procedure, and capsuloligamentous suture. Special mention is made to arthroscopic ligamentoplasty, described by the authors, that enables the dorsal and volar reconstruction of the scapholunate ligament.

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/>).

Introducción

La inestabilidad escafolunar es la inestabilidad carpiana más frecuente y condiciona que la muñeca pierda la capacidad de realizar un movimiento (cinemática) o una transmisión de cargas (cinética) sin perder la correcta alineación de los huesos del carpo.

Hoy en día se sabe que el término de inestabilidad escafolunar no es una entidad única o una patología específica, sino que engloba un espectro amplio de lesiones, que van desde una lesión parcial del ligamento escafolunar (LEL), pasando por una lesión completa del LEL, a una lesión completa del LEL asociada a una lesión de los estabilizadores secundarios¹.

Las distintas pruebas de imagen para el diagnóstico de la inestabilidad escafolunar tienen un alto porcentaje de falsos negativos. Por eso, la técnica de referencia para este tipo de patología es la artroscopia de muñeca.

Existen multitud de tratamientos quirúrgicos para la inestabilidad escafolunar. Con el desarrollo de la artroscopia de muñeca, cada vez se describe un mayor número de técnicas artroscópicas, que minimizan la lesión de partes blandas.

Los propósitos de este trabajo de revisión son dos. El primero es la explicación del diagnóstico artroscópico; se justificará por qué las técnicas de imagen infraestiman este tipo de patología y se detallarán las distintas maniobras exploratorias para examinar el LEL. El segundo es la revisión de los distintos tipos de tratamiento artroscópico, con especial atención a la ligamentoplastia artroscópica descrita por los autores.

Diagnóstico artroscópico

Pruebas de imagen en la inestabilidad escafolunar

Los hallazgos radiológicos típicos de la inestabilidad escafolunar son la diástasis de más de 3 mm del espacio escafolunar (signo de Terry-Thomas), el signo del anillo y el desplazamiento dorsal del segmento intercalado (DISI)².

Los tres grupos mencionados (lesión parcial, lesión completa y lesión completa asociada a lesión de estabilizadores secundarios) se han denominado clásicamente inestabilidad escafolunar predinámica, dinámica y estática, respectivamente, en función de los hallazgos que se observaban en el

estudio radiográfico. En una lesión completa del LEL no se observa ninguna alteración en una radiografía simple; sin embargo, en una radiografía dinámica aparecen los signos característicos de la inestabilidad escafolunar, y por esto se denomina inestabilidad dinámica. En una lesión parcial no se encuentra ninguna alteración radiológica (ni en la radiografía simple ni en la dinámica), y por esto se denomina predinámica. Por último, en una lesión del LEL asociada de los estabilizadores secundarios aparece la mala alineación carpiana en la radiografía simple, por eso se denomina estática (fig. 1). Sin embargo, hoy en día sabemos que realmente esta división en tres grupos no es perfecta, ya que lesiones completas del LEL pueden cursar con radiografías totalmente normales.

Short et al. describieron tres posibles errores a la hora de evaluar una inestabilidad escafolunar en una radiografía simple³, pero para comprenderlas es imprescindible conocer la posición que toma el escafoide cuando se produce una lesión del LEL. El escafoide se flexiona y pronar, generando un conflicto en el dorso del radio (fig. 2). Esta posición será constante cuando se encuentren lesionados los estabilizadores secundarios (inestabilidad estática), pero aparecerá solo en determinadas condiciones de carga o posición cuando están íntegros (inestabilidad dinámica).

Las tres causas que describen Short et al. por las que se pueden infraestimar las lesiones del LEL en una radiografía simple son³:

1. Por la dirección de entrada del haz de rayos: la posición del antebrazo puede condicionar una alteración en la medida real de la distancia escafolunar, ya que una pequeña rotación del mismo condiciona que se observe una medida inferior a la real (fig. 3A y B).
2. Por la posición que toma el escafoide: al pronarse, la distancia patológica real es la dorsal; sin embargo, debido a que la radiografía es una imagen en 2D, esta distancia queda oculta y se observa solo la menor distancia que separa los dos huesos (fig. 3C y D).
3. Por la posición de la muñeca: si la lesión no es estática, la posición de la muñeca puede condicionar que el escafoide subluxado sobre el dorso del radio se reduzca. Así, si se flexiona la muñeca desde una posición de 20° de extensión, se reduce el escafoide en la fosa escafoidea y desaparece la mala alineación (fig. 3E y F).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4305977>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4305977>

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