

“ENFERMEDAD DE KIENBÖCK ESTADIO IIIA. A PROPÓSITO DE UN CASO”

Gil Pascual R, Moreno Arroyo A, Blanco Alba P, Martínez Sánchez A.

Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)



Introducción y objetivos

- No existe un consenso claro en cuanto al tipo y la necesidad de tratamiento en la enfermedad de Kienböck (EK). El objetivo de este trabajo radica en clasificar el estadio de la enfermedad de una paciente, descripción de la técnica quirúrgica elegida y resultado de la misma.

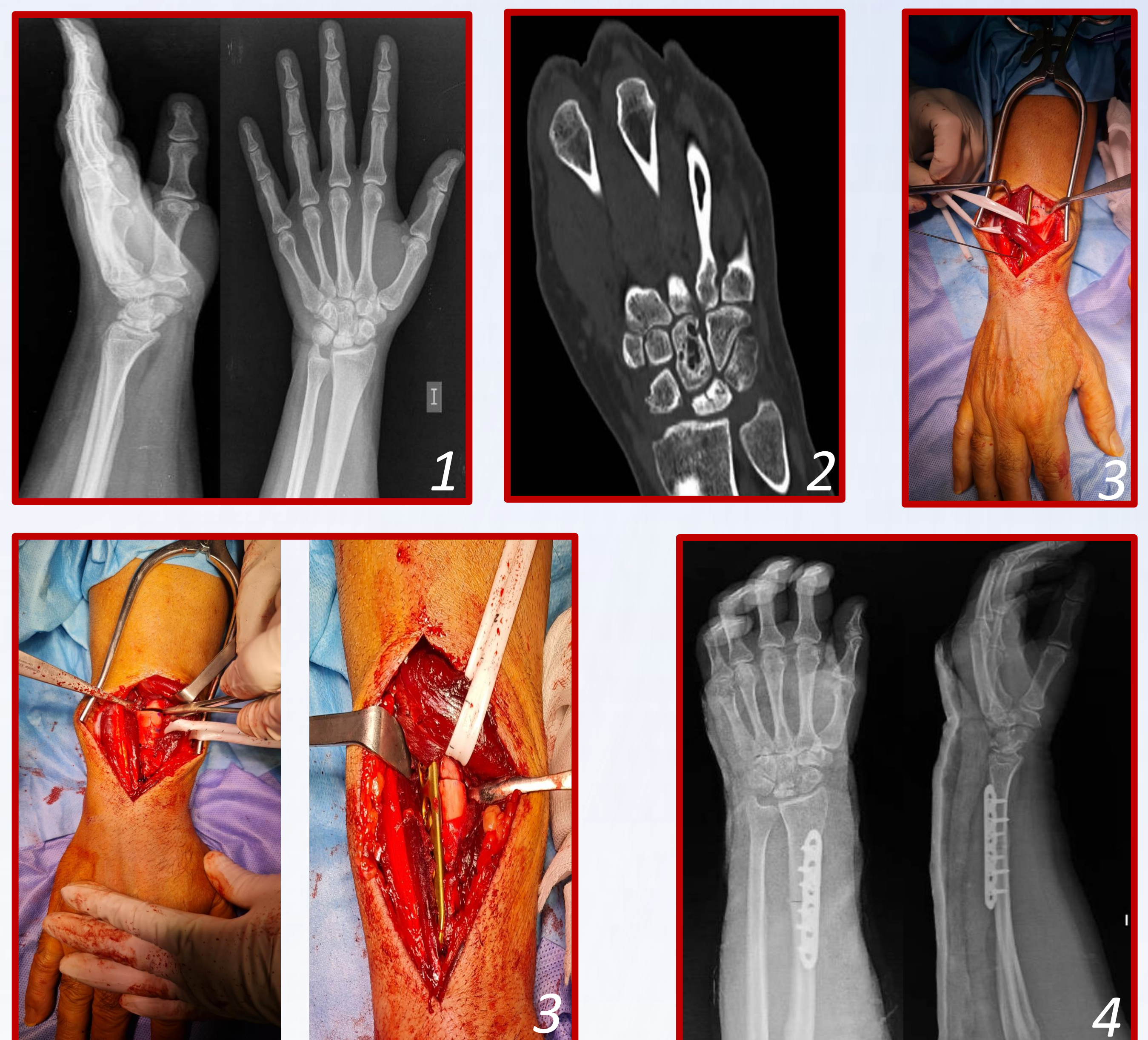
Material y metodología

- Se analiza el caso de un paciente de 29 años que trabaja de limpiador, con dolor en muñeca izquierda de un año de evolución sin traumatismo asociado.
- Balance articular (BA): Flexión palmar nula y flexión dorsal 45°. EVA de 9 sobre 10.
- Se obtuvieron radiografías AP y L de muñeca, con las siguientes mediciones: (fig. 1)
 - Semilunar con fragmentación, esclerosis y colapso.
 - Rotación palmar del escafoides (imagen en anillo y distancia al polo proximal de 7 mm).
 - No inestabilidad tipo DISI por ángulos <60° (Ángulo radioescafoideo= 57° y ángulo escafolunar= 51°, pero cerca de 60° que confirman rotación).
 - Ángulo radiolunar= 10° (normal (N))
 - No colapso del Grande/Mediocarpo (Altura de Youm 0.52 y Natrass 1.55 (N))
 - Varianza Cubital -4.8 mm (cubito minus)
 - Ángulo de Inclinación Radial 26° (N)
 - Stahl 28% (colapso semilunar)
 - Desviación Ulnar de Youm 13.7
- Tras la realización de TAC (fig. 2) y RNM, se consideró que la enfermedad se aproxima más a un estadio IIIA de Lichtman con rotación del escafoides pero sin inestabilidad carpiana.

- Se optó por la realización mediante abordaje dorsal osteotomía de acortamiento diafisario de 1/3 distal radial de 4 mm, colocación de placa LCP de 6 orificios y neuroablación de la rama distal del nervio interóseo posterior (NIOP) a nivel del retináculo extensor (fig.3). Se inmovilizó durante 3 semanas con férula. (fig. 4)

Resultados

- Tras 1 año de la última intervención, el paciente refiere mejoría importante de la clínica dolorosa con EVA 0 en reposo y EVA 2 con la actividad. BA limitado en los últimos grados de la flexión palmar.



Conclusiones

- La osteotomía de radio distal más NIOP es un tratamiento eficaz en pacientes con EK en estadio IIIa con cúbito minus por descomprimir carga sobre semilunar, mitigar la progresión de la enfermedad y mejorar la clínica.

Bibliografía

1. Complications of patellar fracture repair: treatment and results. Petrie J, Sassoon A, Langford J. J Knee Surg. 2013 Oct;26(5):309-12.
2. Kienböck's disease in 2021. Emmanuel J Camus, Luc Van OverstraetenPetrie. 2022 Feb;108(1S):103161. doi: 10.1016/j.otsr.2021.103161. Epub 2021 Nov 30.
3. Capitate osteotomy in Kienböck's disease in twelve cases. Clinical and radiological results at five years follow-up. F Rabarin 1, Y Saint Cast, B Cesari, G Raimbeau, P-A Fouque. 2010 Apr;29(2):67-71. doi: 10.1016/j.main.2010.02.001. Epub 2010 Feb 23.