

Enfermedad de Kienböck (EK).
Evolución clínica y opciones terapéuticas, a propósito de un caso



Muñoz Vicente A, Sanz Rupérez SA, Vargas-Zúñiga Pastor IM, Rubio Bravo B, de Sitjar de Togores Sendra F, Rollón de Pinedo A.

Objetivos

- El semilunar es el hueso del carpo con mayor incidencia de NAV idiopática (EK). Se relaciona con microtraumas repetidos y destaca en mano dominante de varones de 20-50 años.
- Revisamos la evolución natural y opciones terapéuticas existentes.

Material y metodología

Varón, 39 años, trabajador en logística, sin AP médico-quirúrgicos.

Caída hace 8 meses con dolor, tumefacción en dorso de muñeca derecha y ROM limitado.

- RX: EK-IIIa (colapso superficie articular sin disminución de altura del carpo).

Osteotomía de acortamiento en cuña de epífisis distal de radio y fijación con tornillo Herbert.

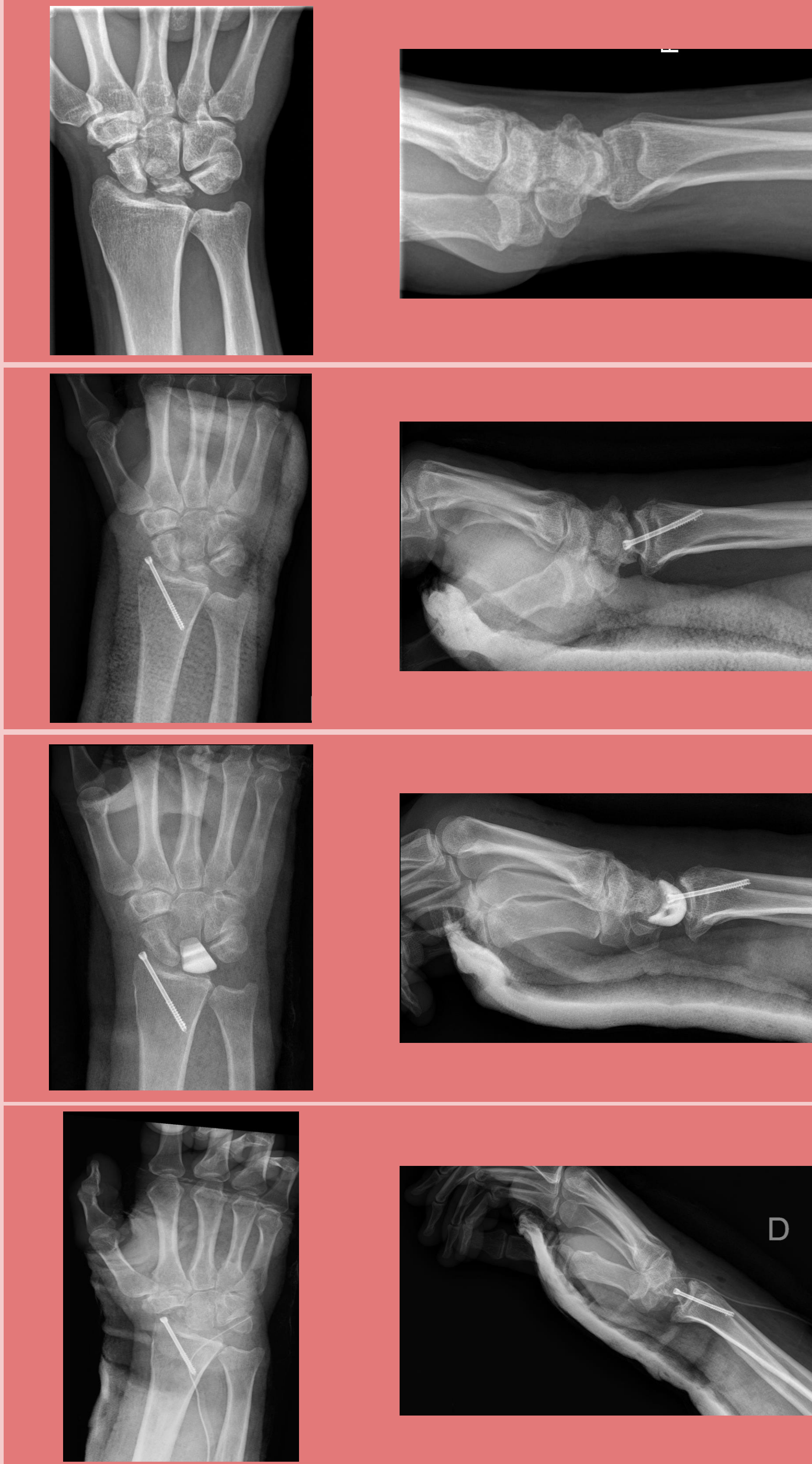
- 1 año de RHB, persiste clínica. En Rx, se objetiva EK-IIIa con fragmentación del semilunar.

Artroplastia con prótesis de carbón pirolítico fijándolo con hemitendón de FCR y tenodesis de ECRL a polo distal de escafoides

- 2 años después, continua sin mejorar. En Rx presenta EK-IIIa con fracaso protésico.

Retirada de prótesis + hemicarpectomía proximal.

- 4 años después, tras 3 intervenciones, está sin dolor y movilidad aceptable.



Resultados

Existen factores intrínsecos predisponentes, destacando:

- Aporte vascular limitado (peor polo proximal)
- Único vaso palmar (8%)
- Más sobrecarga ósea si mayor ángulo de inclinación radial.

Clasificación de Stahl-Lichtman: la más fiable y reproducible

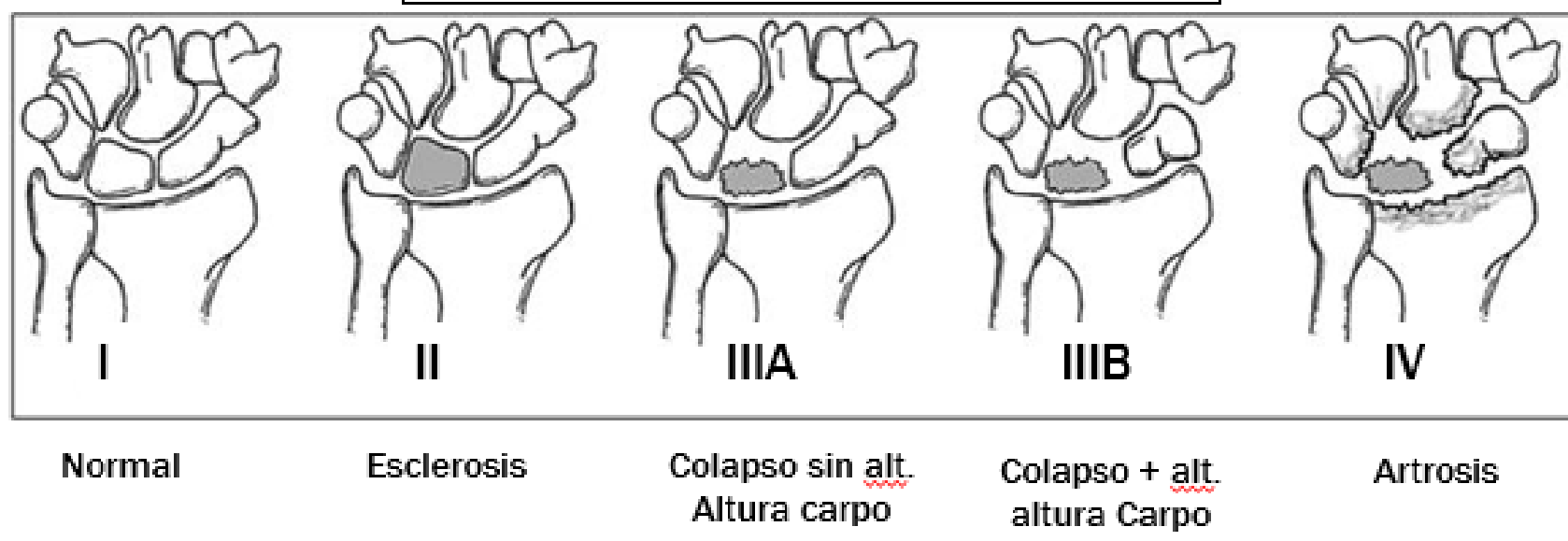
- Tipo III +++ frecuente al diagnóstico.
- Alto índice de sospecha en adulto joven con dolor de muñeca sin antecedente traumático (RM para diagnóstico precoz).

No existe un consenso terapéutico adecuado.

- El estadio, edad, tiempo de evolución, actividad laboral y experiencia del cirujano determinan la actitud.
- Ninguna técnica ha demostrado ser superior para detener la evolución, requiriendo cada vez técnicas más agresivas.

(Clasificación radiográfica de Stahl y Lichtman).

Fiable, Reproducible y Relevancia clínica



Poco sintomático
Estadio 0, I, II.

- Observación, control evolutivo.
- Inmovilización si dolor.

Sintomático
Estadio I, II, IIIA

- Revascularización
- Osteotomía radio (cuña de cierre)
- Prótesis semilunar

Sintomático
Estadio IIIB, IV

- Artrodesis parcial
- Hemicarpectomía proximal
- Artrodesis total

Principales técnicas

Osteotomía radial
(cuña de cierre)

Prótesis semilunar

Carpectomía proximal

Artrodesis

Conclusiones

- Diagnóstico precoz para evitar fases avanzadas.
- Tratamiento controvertido:
 - Más opciones para tratar secuelas que para detener progresión.
 - Objetivo: Frenar progresión, mejorar dolor, fuerza y funcionalidad.

Bibliografía

- Lutsky K, Beredjiklian P. Kienböck Disease. J Hand Surg Am. 2012 Sep;37(9):1942-52
- Amador Lara JP. Enfermedad de Kienböck. Progresión a pesar de manejo quirúrgico. Repert. med.cir. 2011; 20(1): 56-61.
- Innes L, Strauch RJ. Systematic review of the treatment of Kienböck's disease in its early and late stages. J Hand Surg Am 2010;35(5):713-7.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA