

Sinovectomía y Resección de la primera fila del carpo

** M. Rull González; A. Vizcaíno Domínguez;
Renato Valladares Rivera (hondureño)*

Desde que Vaughan Jackson publicó sus primeros trabajos sobre sinovectomías en el tratamiento de la artritis reumatoide, varios autores como Vainio, Aiden, Savill, etc. publicaron sus experiencias acerca de ella, matizando sus indicaciones, así como las particularidades de la intervención según las articulaciones afectadas. Pues si la sinovectomía de la rodilla y codo, pueden ser completas- y sin problemas ulteriores, la articulación radio-carpiana plantea problemas no sólo del punto de vista técnico, sino en el biológico postoperatorio. De ahí que los resultados conseguidos con la sinovectomía de esta articulación, no se consideren uniformes.

Como siempre, los resultados van a depender del estado funcional de la articulación radio-carpiana. En el llamado síndrome de la cabeza del cubito, descrito por Backdahl, la sinovectomía y resección del extremo cubital, por lo general da buenos resultados, así como la sinovectomía en fases precoces., cuando radiográficamente no hay imágenes de afectación aparente y lo calificamos así porque aún en los casos muy prematuros se encuentran lesiones condrales, que el estudio radiográfico no deja entrever. Esto junto con la sinovectomía tendinosa da un porcentaje grande de éxitos.

Cuando el número de recidivas del dolor, rigidez acentuada e incluso progresividad de las lesiones óseas es importante, es cuando vienen muy evolucionados, con destrucción condral de la articulación radio-carpiana como en las interfalángicas. En estos tenemos según promedio estadístico hasta un 25% de recidivas, aunque con un síndrome clínico más moderado que el que padecían preoperatoriamente. La sinovectomía en estos casos,, no sólo hay que hacerla en la radiocarpiana con exéresis del extremo distal del cubito, sino que también hay que excindir la sinovial fungoide que penetra entre los huesos carpianos, así como la tenosinovectomía en los casos que concomitantemente están afectadas las vainas tendinosas.

En éstos la rigidez post-operatoria es considerable y los resultados a distancia ignorados ya que el futuro decidirá a la vista de lo obtenido si vale la pena hacer esta intervención o hay que decidirse por la artrodesis, que suele dar un magnífico resultado clínico, si bien en casos bilaterales o en aquellos que planteen problemas de incapacidad profesional, no puede llevarse a cabo.

En estos casos de intensas lesiones destructivas y con el handicap profesional, en donde hemos asociado la sinovectomía completa con excisión de la extremidad distal cubital a la resección de la primera fila del carpo, con un resultado a los cuatro años largos francamente satisfactorio.

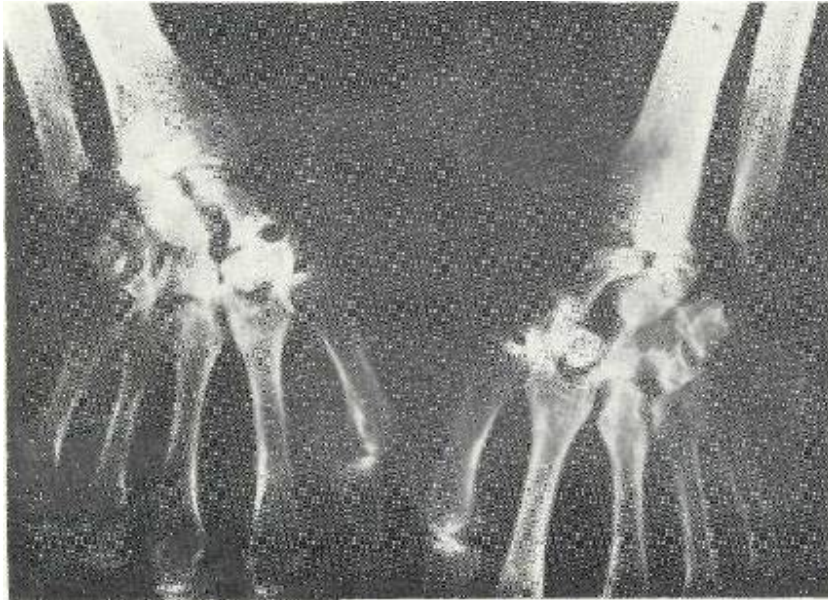


Fig. 1

Grave afectación ósea radiocubital y carpiana en ambas muñecas. La interlínea articular radio-carpiana, se encuentra muy pinzada.

Nuestro paciente J. M. L. de 44 años de edad, administrativo de profesión, obligado a mecanografiar durante gran parte de su jornada laboral, presenta un cuadro de artritis reumatoide con afectación de codos, carpo, rodillas y pies. Después de 10 años de evolución con tratamiento médico y fisioterápico, va progresando su enfermedad y viene con una incapacidad profesional total para su trabajo habitual.

Del estudio realizado las articulaciones radio-carpianas están intensamente afectadas (Fig. 1-2). En codo brote de crisis fluxionarios con hipertrofia sinovial, y en rodillas y pies dolor continuo que casi le impide la deambulación pero sin hipertrofia sinovial ni lesiones esqueléticas radiológicamente objetivas.

A la exploración existe tumefacción con hiperplasia sinovial dorsal de muñeca derecha y crepitación de los huesos carpianos. En este lado no existe infiltración en las sinoviales metacarpo-falángicas, ni en las interfalángicas.

En muñeca izquierda, infiltración sinovial del dorso con crepitación. Ambas muñecas son dolorosas a la movilización.

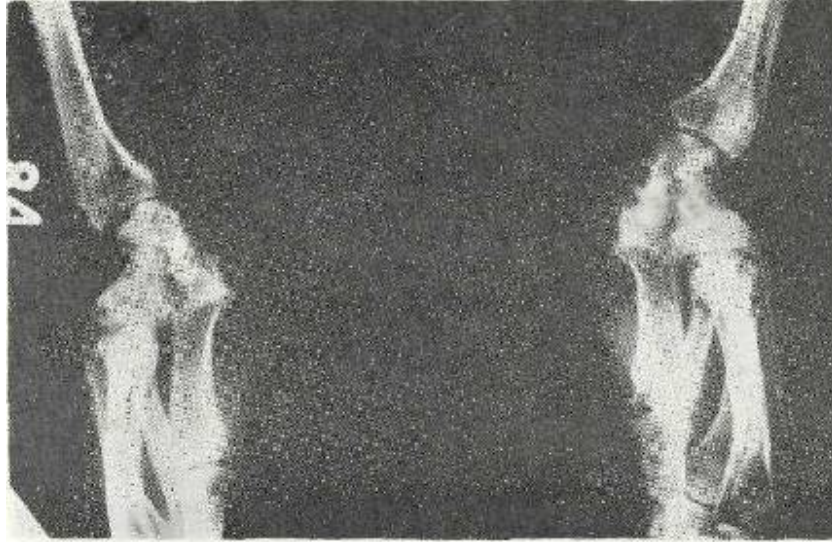


Fig. 2

Igual que la figura 1, en proyección lateral.

—Movilidad muñeca izquierda: 20° de flexión palmar y unos 15° de extensión dorsal, inclinación radial = 10°. Inclinación cubital = 20°. Pronación = 90°.

—Movilidad muñeca derecha: Flexión palmar = 10°. Extensión dorsal = 10°. Inclinación radial = 10°. Inclinación cubital = 20°. Pronación = 90°.

Se le interviene la radio-carpiana izquierda, que es la menos afectada, practicándosele una sinovectomía y excisión de las fungosidades sinoviales intercarpianas, junto a la resección de la extremidad inferior del cubito. En los 10 días siguientes a la intervención desaparecerán todos sus dolores, comenzando la recuperación funcional, quedando prácticamente la misma movilidad que preoperatoriamente pero sin la algias en dicha articulación. Reapareciendo el síndrome álgico poliarticular en las otras articulaciones aunque más moderadamente.



Fig. 3

En la muñeca derecha se observa la resección de la extremidad distal del cúbito juntamente con la primera fila del carpo (escafoides, semilunar y piramidal, dejando el psiforme). En la izquierda, resección de la extremidad inferior del cúbito.

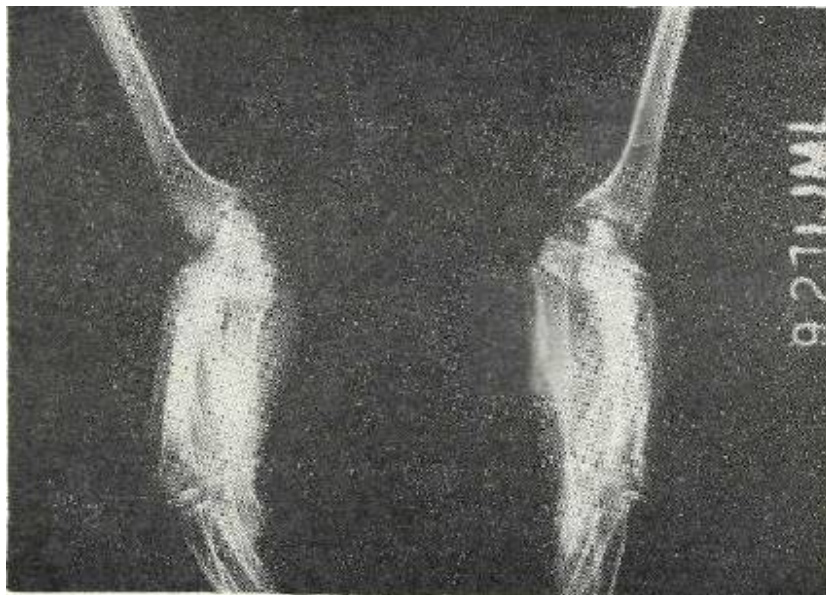


Fig. 4

Igual que en la figura 3, en proyección lateral.



Fig. 5

El cartilago articular del radio está destruido en gran parte por el pannus sinovia!. Lesiones erosivas condrales en escafoides y semilunar.

A los sesenta días, se decide intervenir en la otra radio-carpiana, pero aquí las lesiones son tan amplias (Fig. 5) que tenemos por un mal resultado funcional. En vista de **ello**, se le propone al paciente como primer tiempo de una segunda intervención artrodesante, la resección de la primera fila del carpo y el enfermo acepta.

La evolución postoperatoria del paciente fue excelente, desapareciendo por segunda vez las algias, y el resultado funcional conseguido se mantiene a través de estos años. El síndrome doloroso poliarticular en la actualidad es muy moderado y no le impide su trabajo, si bien está sometido a tratamiento médico por temporadas, hecho que antes de las intervenciones no había conseguido a pesar de tratamientos más continuos y complicados.

La movilidad actual es prácticamente igual que en las otras muñecas.

Creemos que esta técnica combinada puede ser una solución para estos casos tan avanzados evolutivamente y donde profesión al mente no consideramos indicado una artrodesis. Con ella conseguimos una estabilidad que nunca puede conseguirse con la carpectomía parcial o total que realiza Brower o la atroplastia que cita Gschwend, resecano parcialmente la primera fila del carpo y la extremidad distal del radio, con interposición de fascia lata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BUNNELL, S.: Surgery of the rheumatic hand. *J. Bone and J. Surg.* Pág. 759. 37-A: 4, 1955.
- 2.—CLAYTON, M. L.: Surgical treatment and the wrist in rheumatoid arthritis. *J. Bone and J. Surg.* Pág. 741. 47-A. 7, 1965.
- 3.—FLATT, A. E.: Saivage of the rheumatoid hand. *Clin. Ortop.* Pág. 207, Vol. 23.
- 4.—JACKSON, O. J. V.: Rheumatoid hand deformities considered in the light of tendon imbalance. *J. Bone and J. Surg.* Pág. 764. 44-B: 4, 1962.
- 5.—JAMES, A. y colab.: Palmar-shelf arthroplasty of the wrist in rheumatoid arthritis. *Journal of bone and joint surgery.* Pág. 896. 50-A: 8, 1968.
- 6.—JULLIARD, A.: La tendino synovectomie dans la main rhumatismale. *Rev. du Rhumatisme.* 36 année, Juillet-Aout. Pág. 399. N° 7-8, 1969.
- 7.—KESSLER, I. and VAINIO, K.: Posterior (dorsal) synovectomy for rheumatoid involvement of the hand and wrist. *J. Bone and J. Surg.* Pág. 1.085. 48-A: 6, 1966.
- 8.—MARMOR, L.: Surgical treatment for arthritic deformities of the hands. *Clin. Orthop.* Pág. 171, Vol. 39.
- 9.—PETER y colb.: Surgery of the rheumatoid hand. *Journal and Joint Surgery.* Pág. 1.258. Vol. 50-A, 6, 1968.
- 10.—TOBIANA, R.; ACHACH, P.; ILLOUZ, G.: Les synovectomies chirurgicales dans le traitement de la main rhumatismales. *Rev. du rhumatisme,* 35 année, Janvier-Fevrier. Pág. 39. N° 1-2, 1968.
- 11.—VAUGHAN, O. J.; JACKSON. Le Role de la Chirugie dans le traitment de lamainrhumatisante. *Medicine et Hygiene.* 738, 616-619, 1966.
- 12.—WILKINSON, M. C; LOWRY, J. H.: Synovectomy for rheumatoid arthritis. *J. Bone and J. Surg.* Pág. 482. 47-B: 3, 1965.
- 13.—ZIMMER, M.: La main rhumatismale. *Rev. Chir. Orthop.* Pág. 429. 44: 5-6, 1958.