

# Injerto vascularizado en la pseudoartrosis de escafoides con necrosis del polo proximal. Presentación de un caso.

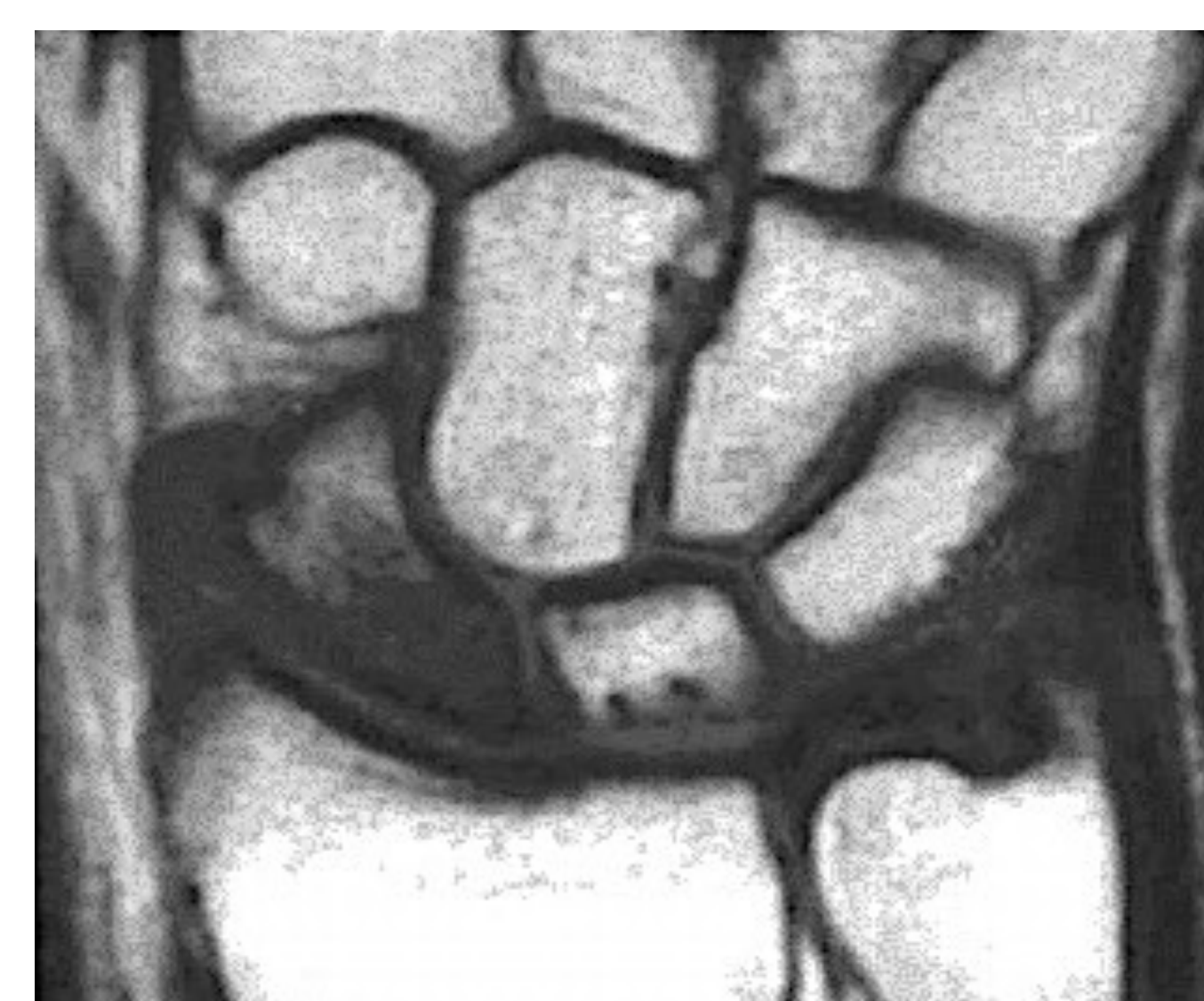
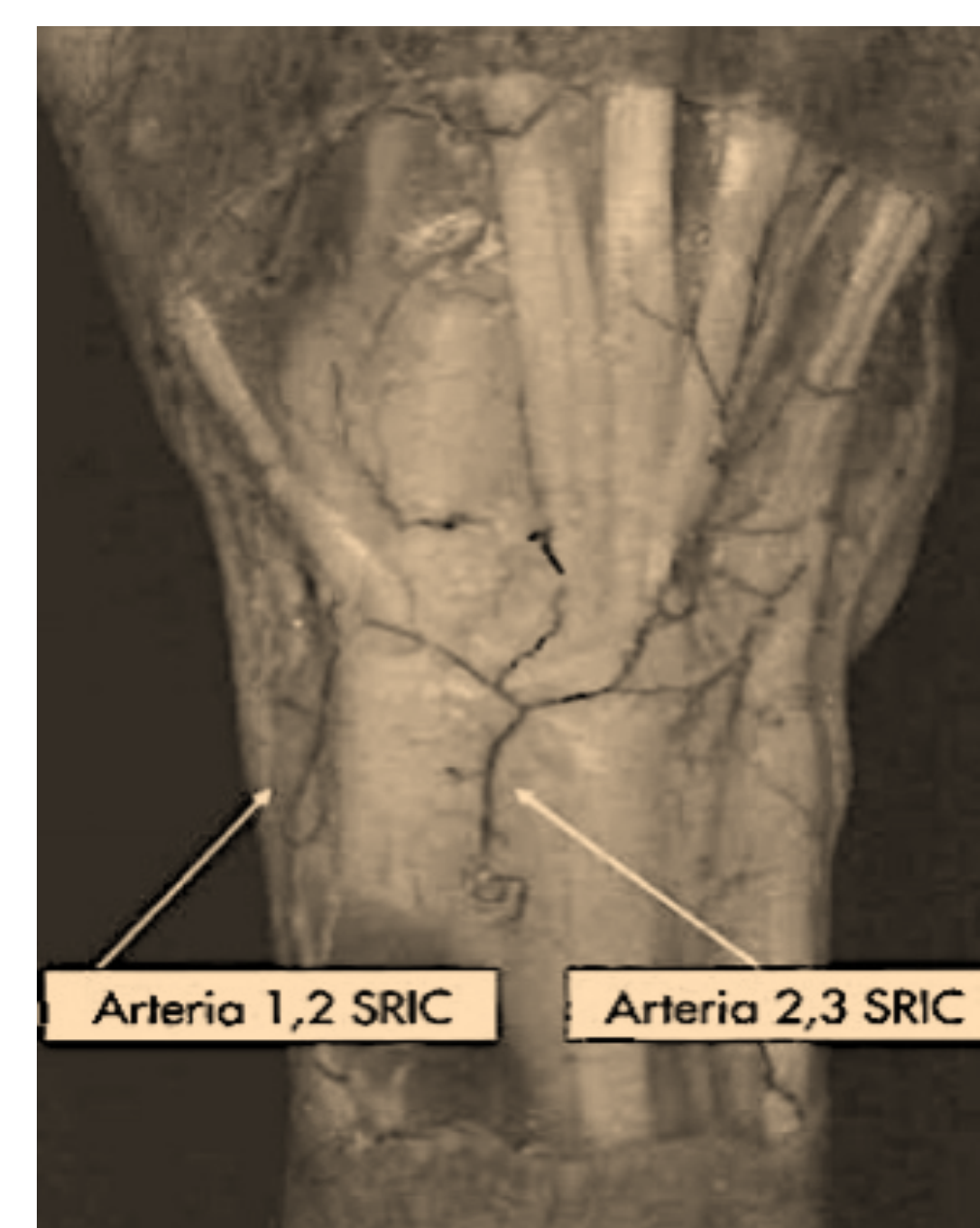
DRAS. SARA SÁNCHEZ LÓPEZ; ISABEL MEDRANO MORTE; ELENA MARÍA GARCÍA GARCÍA; ALBA PALAZÓN MORENO; SOFIA AMORÓS DE VÉLEZ; JOSEFA ANDRES GRAU.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ, LORCA, MURCIA.

## Introducción

Para el tratamiento de la pseudoartrosis de escafoides con necrosis del polo proximal no es suficiente el aporte de injerto óseo, siendo precisos injertos óseos vascularizados (IOV) para asegurar la consolidación. El IOV de la arteria suprarretinacular intercompartimental del espacio 2,3 (2,3 ASRI) es una técnica efectiva y reproducible.

## Objetivos

Presentar un caso de pseudoartrosis con necrosis del polo proximal de escafoides tratado mediante IOV de 2,3 ASRI, descripción de la técnica quirúrgica y discusión de los resultados.



## Material y Método

Paciente de 18 años con pseudoartrosis y necrosis del polo proximal del escafoides tras fractura hace un año, que ocasiona dolor e incapacidad. Las radiografías, TC y RMN confirman el diagnóstico, por lo que se decide tratamiento quirúrgico con IOV de 2,3 ASRI: abordaje dorsal entre 2ª y 3ª correderas extensoras con apertura de retináculo sobre tubérculo de Lister. Se incide en periostio y se eleva injerto óseo de radio distal centrado en ASRI 2,3 con colgajo de retináculo y cápsula. Se cruenta pseudoartrosis proximal y acoplamos injerto en el defecto. Se coloca tornillo HPS bajo escopia.



## Resultados

Se inmovilizó 6 semanas y posteriormente siguió tratamiento rehabilitador. A los 3 meses estaba asintomático con limitación de la flexión. A los 6 y 12 meses, el balance articular es completo y el TC muestra consolidación

## Conclusión

La incidencia de pseudoartrosis de escafoides es del 5 al 50%. La principal causa es la necrosis del fragmento proximal debido al pobre aporte sanguíneo pudiendo evolucionar hacia la artrosis radiocarpiana. Con estabilización e injerto se consigue unión en un 90 al 95%, siendo entre el 0-50% en necrosis avasculares de polo proximal, situación donde están indicadas por mejores resultados los IOV permitiendo la revascularización y consolidación en el 70-90%. Los IOV pueden extraerse de diferentes localizaciones: palmar o dorsal de radio distal, cúbito distal y del primer y segundo metacarpianos. La arteria 2,3 ASRI se origina de la arteria interósea anterior o su división posterior y presenta un pedículo fácil de visualizar debido a su posición superficial sobre el Lister. Su arco de rotación alcanza toda la fila carpiana proximal, siendo por tanto útil para tratar esta patología.

