

Editorial

# Mitos y Realidades Sobre la Enfermedad de Kienbock. Que he Aprendido en 30 Años

## *Myths and Realities on Kienbock's Disease – What have we learned in 30 years*

J.C. Botelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cirugía Ortopédica de la Mano, Hospital dos Lusiadas, Lisboa;  
Hospital de Sant'Ana, Parede, Portugal

Rev Iberam Cir Mano 2017;45:69.

En primer lugar, quiero agradecerle al Director de la Revista Iberoamericana de Cirugía de la Mano la oportunidad que me ofrece en escribir este Editorial; y al Dr. Carlos Irisarri su ayuda en la versión final en castellano.

En 1992, el Dr. Lichtman propuso una clasificación de la enfermedad de Kienbock en la que dividió el estadio III (ya con aplastamiento del semilunar pero todavía sin artrosis), en IIIA – todavía sin colapso carpiano – y IIIB – ya con colapso carpiano. Y añadió que en el estadio IIIB “las osteotomías de acortamiento del radio no podrían conseguir buenos resultados porque no restablecen ni una arquitectura ni una mecánica del carpo normales, por lo que es más recomendable hacer una artrodesis STT o escafoides-hueso grande.” En aquella época, por su pretendida analogía con una inestabilidad carpiana postraumática, ese razonamiento parecía lógico y casi todo el mundo lo aceptó.

En el 2010 en una reunión celebrada en Viena en homenaje al centenario de la descripción por Kienbock de la enfermedad que lleva su nombre, con la presencia del Dr. Lichtman, nadie – excepto yo – puso en duda su postulado teórico. Una encuesta realizada en el 2015 a los miembros de la ASSH, reveló que ¡solo un 12% de los cirujanos consultados eran partidarios de elegir para el tratamiento del estadio IIIB de la enfermedad de Kienbock una osteotomía de acortamiento del radio!

Sin embargo, nosotros y algunos otros autores también hemos tenido buenos resultados en el estadio IIIB de la enfermedad mediante la osteotomía de acortamiento del radio, resultados similares a los obtenidos en el estadio IIIA. Además hemos observado que algunos de nuestros casos de enfermedad de Kienbock en estadio IV, ya con signos radiológicos de artrosis radio-carpiana (tratados mediante artrodesis) no presentaban colapso carpiano. Asimismo, hay

casos de Kienbock IIIB con muchos años de evolución que no presentan artrosis radio-carpiana o la tienen en grado mínimo y permanecen asintomáticos.

Tampoco la fragmentación del semilunar visible en las radiografías – “grado IIIC” – presente en la mitad de nuestros casos de enfermedad de Kienbock IIIB operados con osteotomía de acortamiento del radio, nos pareció influir en el resultado clínico final.

Como señaló el gran biólogo Thomas Huxley en el siglo XIX “*The great tragedy of science is the slaying of a beautiful hypothesis by an ugly fact.*”

El colapso carpiano en la enfermedad de Kienbock es de carácter “adaptativo,” y no conlleva al desarrollo de una rápida artrosis radio-carpiana porque el escafoides y el semilunar permanecen solidarios, y por lo tanto, no es obligatorio corregirlo, siendo una situación clínica diferente a una disociación escafo-lunar post-traumática.

Las artrodesis intercarpianas (STT o escafoides-hueso grande), dan buenos resultados en el estadio IIIB de la enfermedad de Kienbock pero con una gran limitación de la movilidad. La osteotomía de acortamiento del radio en ese estadio parece especialmente indicada en pacientes que necesitan conservar una buena movilidad de la muñeca, sobretodo se tienen un “cubitus minus.” Finalmente, no impide una cirugía más radical – artrodesis intercarpiana, radio-carpiana o carpectomía proximal – en el caso de un eventual fracaso.

En el momento actual, algunos cirujanos optan por realizar artrodesis intercarpianas en la enfermedad de Kienbock en base a los hallazgos artroscópicos, lo que de momento no pasa de ser otro postulado teórico con alguna lógica... pero pendiente de demostrar su valía.