

Discusión invitada: Osteosíntesis percutánea del escafoides carpiano: visión personal

C. IRISARRI

CIRUJANO DE MANO.

Centro Médico El Castro y Hospital Fátima
Vigo, España
E-mail: irisarri@iies.es

El anhelo de los cirujanos de la Mano por encontrar una técnica de osteosíntesis del escafoides simple, eficaz y poco traumática, tuvo su inicio en 1954 cuando MacLaughlin publica su experiencia con un tornillo de vitallium, y su continuación en la década de los sesenta en Europa, siendo Strelí el pionero en utilizar un tornillo canulado con un instrumental específico para su colocación percutánea.

Las dificultades encontradas en su utilización, motivaron sucesivos cambios en su diseño, tamaño y composición. Sin duda, el desarrollo del tornillo «sin cabeza» de Tim Herbert, fue el paso más revolucionario, con sus posteriores variantes de cara a su introducción percutánea, ya fuese bajo control fluoroscópico o artroscópico. En época reciente, al Cirujano le han puesto a su disposición multitud de modelos, cuyas diferencias no son demasiado significativas. En mi criterio, el avance reciente más valioso, ha sido el determinar que vía de acceso debe utilizarse para cada tipo de fractura, y que medidas auxiliares (injertos, y otras sustancias inductoras de la osteogenesis) pueden asociarse a la colocación del tornillo, en base a la información que ofrece especialmente la RM.

Una de las mayores dificultades tras realizar una osteosíntesis con tornillo en una fractura reciente y no desplazada, es concretar en base a que dato clínico o/y radiológico se considera consolidado. En mi experiencia en ocasiones ya parece consolidado en el primer control al día siguiente o a los pocos días de la IQ

y sin embargo es una impresión falsa, porque posteriormente se comprueba en ocasiones con certeza de que era una falsa consolidación. En consecuencia permitir la «actividad sin restricciones» precoz de forma habitual me parece temerario. Debiera depender de la solidez del montaje, de la estabilidad intrínseca de la fractura, y del nivel intelectual y de cooperación del paciente.

Considerar esta técnica como de fácil realización es ser muy optimista. Por mi consulta pasan inevitablemente todos los años varios pacientes con fracasos de OS percutánea, en ocasiones operados por cirujanos de prestigio. El propio Herbert nunca ha dicho que sea fácil, ni siquiera usando la guía de Huene, para mí más lisa que útil

Admitiendo que el tornillo perfecto aún está por llegar, siempre he creído que el tornillo tipo Acutrak está «contraindicado» en las fracturas del polo proximal por ser su porción mas gruesa, la que debe quedar alojada en el muchas veces pequeño polo proximal, incluso en su versión «mini», que he intentado usar en 2 ocasiones, con graves dificultades por la finura de su aguja –guía, algo tan evidente que la propia casa ha terminado por modificarlo recientemente. Colegas hábiles y experimentados, me han comentado que también han sufrido complicaciones con el mismo, básicamente la rotura de la aguja, que han complicado la cirugía de forma importante.... y desde luego ni ellos ni yo conseguimos un 100% de éxitos, con **ninguna** de las modalidades de tratamiento quirúrgico.

Basar la defensa de la osteosíntesis en aras al mayor porcentaje de consolidaciones y al acortamiento del tratamiento debe ser matizado con objetividad. Estoy de acuerdo con Herbert que el porcentaje de consolidaciones del 95% con el tratamiento ortopédico no es real, pero tampoco considero que sea cierto el porcentaje de fracasos que él argumenta en su defensa de la cirugía. La justificación socio-laboral es igualmente discutible, y es recomendable recordar como el propio Böhler recomendaba que el paciente «trabajase lo más posible con el yeso» algo en lo que Joe Dias insiste...y sólo posible si el paciente quiere. Tristemente, especialmente en el ámbito de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, pretender que el «lesionado» colabore es soñar en la gran mayoría de las ocasiones, y defender que se gana tiempo de Incapacidad Temporal laboral en una cantidad significativa por operarlos...me tendría que ser demostrado con números. Con el riesgo de que si se fracasa con una cirugía «evitable» sí que te has metido en un buen lío. Comparar el material humano analizado en artículos como el de Bond y Shin (militares de San Diego- Usa), con trabajadores, muchas veces con conflictos laborales y resentidos es pura entelequia. En más de una ocasión, hemos tenido problemas para dar el alta laboral, pese a conseguir tras la IQ con tornillo la consolidación del escafoides, e incluso en algún caso hemos tenido que retirar el tornillo que el paciente alegaba le causaba problemas de cara a su reincorporación laboral... pese a no encontrar una causa que pudiese justificar las molestias referidas.

En cuanto al coste, el presupuesto actual para una IQ de OS del escafoides (tornillo incluido) en mi actual Centro Médico es de 1880 euros. No es una gran cantidad, pero desde luego sufraga el salario de un trabajador normal de

bastantes semanas. En cuanto al tiempo de tratamiento, hay que señalar que con el yeso, el tiempo «corre» desde el primer minuto en que se coloca y no necesita como la IQ el periodo necesario para hacer el pre-operatorio y la consulta anestésica, que en nuestro medio suele suponer al menos 1 semana, y todavía más en los Hospitales públicos, en los que no es infrecuente que la cirugía se demore un par de semanas desde la fractura, tiempo que con el tratamiento conservador «ya cuenta».

Pese a ello, quiero terminar aclarando que definiendo la OS con tornillo cada vez más, pero cuando preveo que el yeso va a fracasar (fracturas inestables, fracturas-luxaciones) o a prolongarse mucho (básicamente en el polo proximal), y especialmente cuando el tipo de fractura me permite prever que la OS va a ser «previsiblemente» segura. Creo que ha sido para las fracturas (y retardos) del polo proximal, con OS por vía dorsal, donde sus ventajas actuales respecto al yeso son más evidentes. Personalmente utilizo (habitualmente) un tornillo tipo Leibinger colocado de proximal a distal.

En resumen, considero que la OS percutánea, no debe ser anunciada como algo fácil y seguro, y creo debe ser hecha por Cirujanos especializados, entrenados y en un medio que disponga de todos los requerimientos técnicos necesarios, y en base a mejorar el porcentaje de consolidaciones en los tipos de fractura «de riesgo» básicamente las del polo proximal. Considero que justificar la cirugía por ganar unos días de baja o por ahorrar (en teoría) una cierta cantidad de dinero, no son argumentos de peso. Me gustaría saber cuantos cirujanos de la mano, se dejarían operar por un cirujano «promedio» su propio escafoides si este tuviese una fractura estable y de buen pronóstico...yo no sería uno de ellos