



Fernando López-Navarro Morillo, Irene Negrié Morales, Carlos Navío Serrano, Eva María Vera Porras, Juan Fernando Navarro Blaya, Francisco Martínez Martínez.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

Introducción

El fibrocartilago triangular consiste en una compleja estructura fibrocartilaginosa compuesta por varios ligamentos que participa en la estabilización de la articulación radiocubital distal a la vez que mejora el rango de movimiento y la acción de deslizamiento dentro de la muñeca. La lesión del fibrocartilago triangular suele pasar desapercibida en numerosas ocasiones, sobre todo si el especialista no está acostumbrado a ver dicha patología. Suele ser secundaria a traumatismos previos y genera un dolor de muñeca con sensación de inestabilidad¹. El paciente refiere dolor y debilidad en la cara cubital de la muñeca, aunque en ocasiones el paciente localiza el dolor a lo largo del borde cubital de la mano. En cuanto a la exploración, destaca el signo de la tecla (encontramos una cabeza cubital prominente, y si la presionamos se moviliza tanto a dorsal como a volar). Otro signo de alteración de la articulación radiocubital distal es el desplazamiento del cúbito respecto al radio en el plano anteroposterior si lo desplazamos con nuestros dedos, mientras fijamos el radio con la otra mano². El test de estrés consiste en someter a la articulación radiocubital distal a una carga axial y una desviación cubital máxima, mientras que se pide al paciente que realice movimientos de pronación y supinación. Se considera positivo y, por tanto, lesión de dicha articulación, la presencia de dolor o la subluxación del cúbito volar o dorsalmente. El diagnóstico se confirma con pruebas complementarias como el TC, RMN o la artrografía. Estudios recientes prefieren la artro-RM a la RM. Otra opción es la cirugía artroscópica de muñeca diagnóstica³.

Material y métodos

Presentamos la técnica quirúrgica que empleamos en una mujer de 37 años con rotura aguda del fibrocartilago triangular (lesión periférica grado 1B).

Resultados

Colocamos al paciente en decúbito supino y el brazo elevado y con tracción utilizando un sistema de agarre digital. Utilizamos una técnica de artroscopia seca, realizando en primer lugar el portal 3-4 mediante una aguja intramuscular, para sobre ella, realizar la capsulotomía con un mosquito. A continuación, realizamos el portal 6R bajo visión directa, siguiendo una técnica similar al portal anterior. Bajo los portales 3-4 y 6R se visualiza una rotura periférica tipo IB del FCT (a nivel del ligamento subcrurentum). Tras completar el recorrido por el resto de estructuras de la muñeca no identificando más lesiones, llevamos a cabo un desbridamiento cuidadoso de toda la zona lesionada. El siguiente paso consiste en realizar un miniabordaje en la cara dorsocubital del cúbito, para poder apoyar una guía específica que introducimos a través del portal 6R (figura 1). Introducimos una aguja a través de la guía, para después realizar un túnel óseo de 2.2mm con una broca canulada (figura 2). Por ese túnel pasamos primero un SutureLasso que atraviesa el FCT con un FiberWire, y lo recuperamos por el portal 6R o 3-4 (figura3). De la misma manera, volvemos a pasar otro SutureLasso por una zona distinta de la rotura, y ésta vez pasamos un nitinol que también recuperamos por el portal 6R. Fuera de la muñeca, enlazamos la sutura con el nitinol y traccionamos para recuperar la sutura a través del túnel óseo, de modo que nos queda un punto en U en la zona lesionada. Por último, debemos anclar nuestra sutura 1cm proximal a nuestro abordaje, manteniendo la tensión y comprobando bajo visión directa que conseguimos cerrar el defecto. Para realizar el anclaje utilizamos un MinipushLock de 2.5mm mientras mantenemos la tracción (figura 4). En el postoperatorio inmediato colocamos una férula antebraquiopalmar durante 5 semanas.

Conclusión

El fibrocartilago triangular presenta dos inserciones a nivel cubital, una en la punta de la apófisis estiloides y otra más distal, en la base, llamada ligamento subcrurentum. La lesión de la porción distal no genera inestabilidad, sino solamente dolor de muñeca; mientras que la lesión de la porción proximal puede ocasionar dolor e inestabilidad si se asocia a lesiones de la banda distal oblicua del antebrazo. Por tanto, ante situaciones de inestabilidad radiocubital distal, debe ser reparado el fibrocartilago triangular o la banda distal oblicua. Palmer las clasificó en dos grupos: lesiones traumáticas, dentro de las cuales diferencia cuatro subgrupos en función de la localización de la rotura o de las estructuras lesionadas; y las lesiones degenerativas, en las que diferencia también 5 subtipos. El tratamiento del fibrocartilago triangular va a depender del tipo de lesión y de la clínica que presente el paciente. En roturas degenerativas podemos realizar desbridamientos artroscópicos si son muy sintomáticas, incluso realizar gestos asociados sobre la articulación radiocubital distal, como acortamiento cubital, resección parcial o artrodesis⁴. En roturas traumáticas si se recomienda la reparación por cirugía artroscópica o cirugía abierta. Los resultados son mejores en lesiones periféricas.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

Iconografía



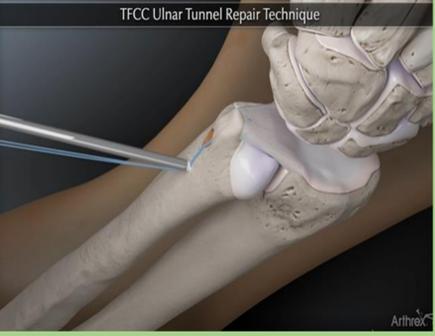
Guía específica



Control Rx Aguja K para túnel óseo



Sutura recuperada por portal 3-4 tras dar el primer punto



MinipushLock (videotécnica Arthrex)

Bibliografía:
1. Martínez Martínez, Francisco GS Luis. Técnicas quirúrgicas en cirugía de la mano. Murcia: DIEGO MARIN; 2019. 902 p.
2. Hargreaves DG. Midcarpal instability. J Hand Surg Eur Vol. enero de 2016;41(1):86-93.
3. Squires JH, England E, Mehta K, Wissman RD. The role of imaging in diagnosing diseases of the distal radioulnar joint, triangular fibrocartilage complex, and distal ulna. AJR Am J Roentgenol. julio de 2014;203(1):146-53.
4. Triangular Fibrocartilage Complex (TFCC) Injuries [Internet]. Orthopedic Surgery, Algonquin, IL, Barrington, IL, Elgin, IL, Geneva, IL. [citado 29 de mayo de 2020].