

Luxación inveterada de base de los metacarpianos 3º, 4º y 5º. Artrodesis carpometacarpiana

Inveterate dislocation of third, fourth and fifth carpometacarpal joints. Carpometacarpal arthrodesis

Franco Jiménez, Susana.

MIR COT del Hospital Infanta Elena de Huelva

Jiménez Guardado, Antonio.

Jefe de Sección de COT del Hospital Infanta Elena de Huelva

Álvarez Benito, Nuria

MIR COT de Hospital Infanta Elena de Huelva

chamanmedicina@hotmail.com

Rev. S. And. Traum. y Ort., 2014; 31 (2/2): 63-66

Recepción: 27/06/2014. Aceptación: 29/08/2014

Resumen

Las luxaciones carpometacarpianas (CMC) son raras y de difícil diagnóstico si no se solicitan las proyecciones adecuadas (radiografía lateral a 30º de pronación), es por ello que en muchas ocasiones pasan inadvertidas en la fase aguda.

Presentamos un caso extraordinariamente infrecuente como es una luxación inveterada CMC múltiple en un paciente joven tras traumatismo de alta energía. Fue diagnosticado dos meses después del traumatismo por lo que se decide tratamiento quirúrgico mediante artrodesis carpometacarpiana utilizando una forma novedosa de RAFI como son el uso de doble placa circular y bajo perfil, consiguiendo un buen resultado funcional de esa mano.

Palabras clave: Luxación carpometacarpiana, artrodesis carpometacarpiana.

Abstract

The dislocations carpometacarpal (CMC) are rare and difficult to diagnose if proper projections (lateral radiograph at 30 ° of pronation) are not requested, that is why in many cases pass unnoticed in the acute stage.

We report an extremely rare case as an inveterate multiple CMC dislocation in a young patient after high-energy trauma. He was diagnosed two months after the trauma so surgical management is chosen by carpometacarpal arthrodesis using a novel way of RAFI such as the use of double circular plate and low profile, achieving a good functional result of the hand.

Key words: luxation carpometacarpal, arthrodesis carpometacarpal.

Introducción

Las luxaciones múltiples puras de las articulaciones carpometacarpiana (CMC) son raras y suelen deberse a traumatismos de alta energía, el cual se recibe en el centro de la palma extendida, como ocurre en los accidentes de moto al golpearse en el manillar.

Suelen ocurrir con mayor frecuencia en la 5° CMC y la mayoría son fractura-luxación.

El propósito de este caso es presentar esta forma poco frecuente de lesión que puede pasar desapercibida con frecuencia en los Servicios de Urgencias. Es por ello que un examen clínico cuidadoso y unas proyecciones radiológicas adecuadas y de buena calidad son imprescindibles para diagnosticarla.

Se debe solicitar, además de las radiografías anteroposterior y oblicuas de mano, una radiografía lateral en pronación de 30°, en la que la 5° CMC queda proyectada de perfil, ya que con las proyecciones anteroposterior y lateral estas lesiones pueden pasar inadvertidas por la superposición de los metacarpianos centrales.

Material y método

Presentamos el caso de un paciente varón de 26 años que sufre accidente de tráfico (quad) con traumatismo en ambas manos.

Acudió a Urgencias donde tras una exploración física y radiológica básica es diagnosticado de policontusionado (*Figura 1*), siendo tratado mediante AINEs y reposo relativo.



Fig. 1

2 meses después, vuelve a acudir a Urgencias por persistir dolor en la muñeca derecha, por lo que se repite el estudio radiográfico, esta vez incluyendo una proyección lateral, diagnosticando la luxación inveterada de la base del 4° y 5° metacarpiano (*Figura 2*).



Fig. 2

Se decide ingreso para completar el estudio de imagen mediante TC mano-muñeca derecha, obteniendo la siguiente reconstrucción 3D (*Figura 3*).

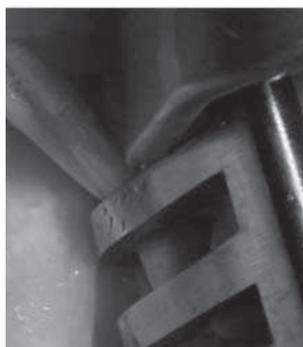


Fig. 3

Se decide intervención quirúrgica programada preferente. Con el paciente de decúbito supino y MSD en mesa de mano, profilaxis antibiótica e isquemia en brazo derecho, se realiza exposición de las luxaciones a través una incisión dorsal transver-

sa. Intraoperatoriamente se aprecia además de las luxaciones de las bases del 4º y 5º MCP, la luxación de la base del 3º.

Se realiza osteotomía de las bases del 3º, 4º, 5º MCP, y se realiza artrodesis mediante doble placa circular al hueso grande y ganchoso (Figura 4).

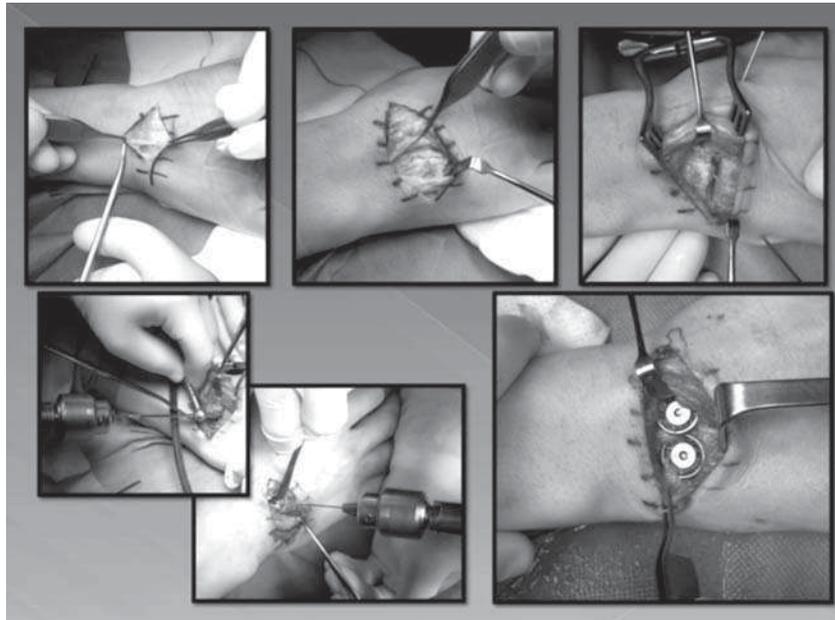


Fig. 4

Mantuvo inmovilización mediante yeso corto 4 semanas (Figura 5) y se remitió al Servicio de Rehabilitación con un balance articular inicial de la muñeca de 20º-30º de flexoextensión, pinza correcta y 50º de flexión pasiva de MTCF.



Fig. 5

Resultados

El paciente al año de la intervención presenta una recuperación satisfactoria de la función de esa mano, permitiéndole una reincorporación completa a su actividad previa.

Discusión

Las luxaciones agudas CMC pueden tratarse mediante reducción cerrada e inmovilización pero suelen precisar de fijación transitoria mediante AK para evitar relajaciones.

En los casos en que la reducción cerrada no sea posible, ya sea por la presencia de edema, fragmentos óseos o partes blandas interpuestas, se realizará reducción abierta. Con ésta se consigue una mejor reducción y evitamos que con las AK lesionemos otras estructuras.

Al tratarse de lesiones que a menudo pasan desapercibidas, en muchas ocasiones se tratan de lesiones de más de 3 semanas. En estos casos se puede realizar RAFI, optando por la artrodesis con injerto óseo dependiendo del estado de la superficie articular y de la articulación afectada. En nuestro caso, optamos por la opción más

novedosa de RAFI como son las placas circulares. Otra alternativa es la artroplastia de interposición.

Conclusiones

Las luxaciones puras de las articulaciones CMC son una patología rara y su diagnóstico con frecuencia suele pasar inadvertido. Es por ello que ante la sospecha clínica se debe realizar, además de las proyecciones radiológicas anteroposterior y oblicua de muñeca, una proyección lateral con 30º de pronación que es la que nos facilitará el diagnóstico.

En cuanto al tratamiento a realizar dependerá de las características del paciente, del tiempo de evolución y de las preferencias del cirujano.

NIVEL DE EVIDENCIA IV

Agradecimientos

A los FEA y MIR del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Infanta Elena por fomentar y facilitar la docencia e investigación.

Bibliografía

1. Glickel SZ, Barron OA, Citalano LW. Luxaciones y lesiones de ligamentos de los dedos. En: Green DP et al. *Grenn's Cirugía de la mano*. Volumen I. 5ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2007. 343- 88.
2. Stern PJ. Fracturas de los metacarpianos y las falanges. En: Green DP et al. *Grenn's Cirugía de la mano*. Volumen I. 5ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2007. 278-341.
3. Jilani LZ, Abbas M, Goel S, Akhtar MN. Multiple volar dislocations of the carpometacarpal joints with an associated fracture of the first metacarpal base. *Chin J Traumatol*. 2014;17(1):38-40.
4. Horneff JG 3rd, Park MJ, Steinberg DR. Acute closed dislocation of the second through fourth carpometacarpal joints: satisfactory treatment with closed reduction and immobilization. *Hand (N Y)*. 2013 Jun;8(2):227-31.
5. Chick JF1, Mandell JC, de Souza DA, Khurana B. Hand pain after fall. Dislocation of the fifth carpometacarpal. *Ann Emerg Med*. 2013 Jul;62(1):13, 27.
6. Jameel J1, Zahid M, Abbas M, Khan AQ. Volar dislocation of second, third, and fourth carpometacarpal joints: a rare and easily missed diagnosis. *J Orthop Traumatol*. 2013 Mar;14(1):67-70.