

CASE REPORT. LUXACION VOLAR CARPOMETACARPIANA. UN MAL GOLPE.

Casado Castillo A, Fahandezh Saddi Díaz H, Marín García-Cabrera E, Horcajo Sanz D, Wert Martin C.

Describir la importancia de una correcta valoración clínico-radiológica en traumatismos axiales sobre la mano, dada su alta prevalencia a fin de evitar lesiones inadvertidas

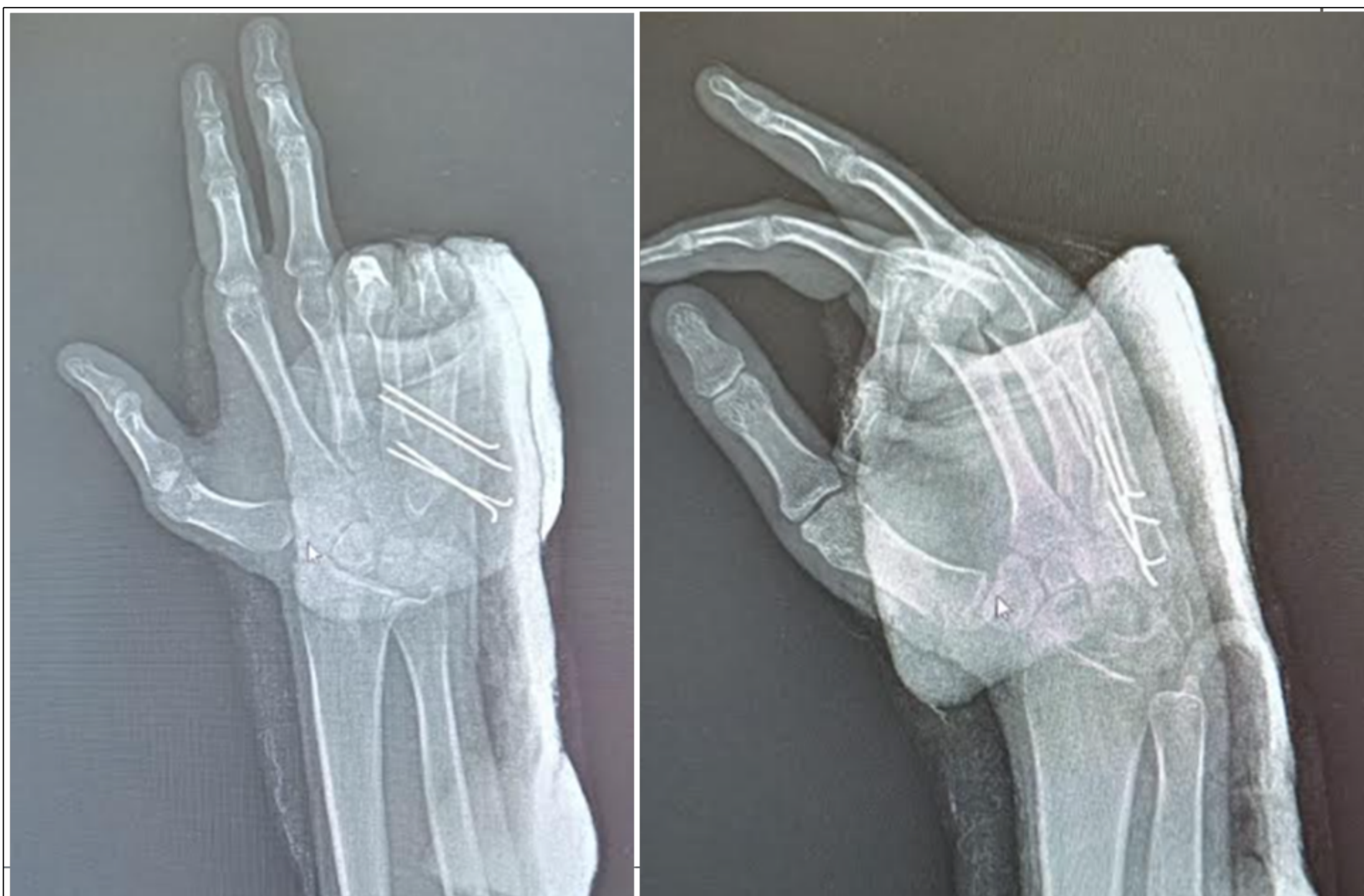
MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 19 años con dolor y tumefacción en dorso de mano derecha tras **traumatismo axial**. Presenta gran tumefacción y crepitación en base de quinto metacarpiano y articulación ganchosometatarsiana. No se detecta malrotación ni déficits sensitivos distales. El paciente presenta gran dificultad para la flexión de la metacarpofalángica de dicho dedo por dolor.

En las radiografías se aprecia una **fractura intraarticular de base del 5º metacarpiano** con trazo en “Y”, con **subluxación** cubital del fragmento proximal. En el TAC se confirma la subluxación cubital y volar del fragmento principal.



RESULTADOS



Se le realizó una **reducción cerrada y síntesis con agujas** de Kirschner bajo control de escopia desde el borde ulnar. Se inmovilizó con una **férula** en intrínseco plus durante **6 semanas** con retirada de las agujas e inicio de terapia ocupacional.

Tras 14 semanas el paciente ha vuelto a su **actividad cotidiana** sin secuelas ni déficits.

DISCUSIÓN

Las luxaciones del quinto metacarpiano son lesiones bastante **infrecuentes** y se asocian a traumatismos de alta energía con algún componente de flexión. La afectación del quinto metacarpiano es la segunda en frecuencia, siendo excepcionales (<1%) cuando son lesiones aisladas. Fueron clasificadas por **Nalebuff** como luxaciones radiopalmares y ulnopalmares (con integridad del ligamento pisometacarpal y de la inserción del flexor cubital del carpo, responsables del desplazamiento del fragmento proximal). Al ser más **estables suelen pasar desapercibidas**, por lo que requieren un alto grado de sospecha.

Pueden cursar con hipoestesia en quinto dedo y en la eminencia hipotenar o debilidad para la abducción del quinto dedo debido a la lesión de las **ramas sensitiva o motora del nervio ulnar**. Se deben realizar tres proyecciones radiológicas (postero-anterior, oblicua y lateral), y de forma complementaria la proyección oblicua con 30º de supinación o proyecciones de estrés (con tracción y compresión axial). El **TAC** es esencial para caracterizar la fractura, ante dudas diagnósticas y para detectar luxaciones.

Se debe realizar **una reducción cerrada con tracción axial y presión volar** sobre la base del quinto metacarpiano e inmovilización. El tratamiento quirúrgico se reserva para reducción inadecuada, fracturas o lesiones inestables.