

CUANDO LOS ÁRBOLES IMPIDEN VER EL BOSQUE. LUXACIONES DEL CARPO EN POLITRAUMATIZADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.



GENERALITAT
VALENCIANA

Raimúndez López, Mónica
Gómez Dobón, Samuel



DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones del carpo son infrecuentes (entre el 7-10% de las lesiones del carpo) y están provocadas por traumatismos de alta energía, siendo más prevalentes las fx-luxaciones que las luxaciones aisladas. El 90% ocurren en varones jóvenes y suelen afectar la mano dominante, pasando hasta un 25% desapercibidas por las lesiones concomitantes. Las más frecuentes son las fx-luxaciones perisemilunares, concretamente la fx-luxación transescafooperisemilunar dorsal. Inicialmente se realiza una reducción cerrada o, en casos irreducibles, abierta mediante abordaje dorsal y fijación con AK. La férula y las AK se retiran a las seis-ocho semanas, inmovilizando con ortesis hasta la semana doce.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 36 años zurdo que sufre un accidente de motocicleta. Es atendido en otro centro como politraumatizado presentando: fx craneales, fx diafisaria de húmero derecho, fx-luxación de Monteggia abierta Gustilo II derecha, fx-luxación de olécranon izquierdo, fx diafisaria de fémur derecho abierta Gustilo II, fx de rótula derecha y fx diafisaria de fémur izquierdo. Tanto cirugía maxilofacial como neurocirugía descartan intervención.

COT opera al paciente de forma urgente mediante FE en ambos MMII y reduciendo de forma cerrada e inmovilizando con férulas braquiales ambos MMSS. Cuando el paciente está estable se realiza la primera cirugía programada: osteosíntesis del olécranon e inmovilización con férula braquial. Trasladan al paciente a las dos semanas del accidente a nuestro centro.

RESULTADOS

Durante la hospitalización, tras tres semanas posquirúrgicas, quitamos la férula del MSI para iniciar rehabilitación. Los compañeros observan tumefacción en la mano y diagnosticamos la fx-luxación del carpo izquierdo irreducible a las cuatro semanas del accidente.



Fig. 1 y 2- Deformidad grosa del carpo tras retirada de la férula braquial.



Fig. 3 y 4- Radiografía simple y reconstrucción TAC 3D diagnósticas.

En quirófano se objetiva la luxación escafotrapezoidea, la carpo-MTC del segundo y tercer dedo y las fx del trapecio, trapezoide y ganchoso sin desplazar. Mediante el abordaje dorsal y con AK se fija: tercer MTC-hueso grande, trapezoide-escafoides y trapecio-escafoides-segundo MTC. El paciente es dado de alta después de cincuenta días ingresado y ocho cirugías. Mantenemos la férula y las AK durante seis semanas. Continúa en rehabilitación.

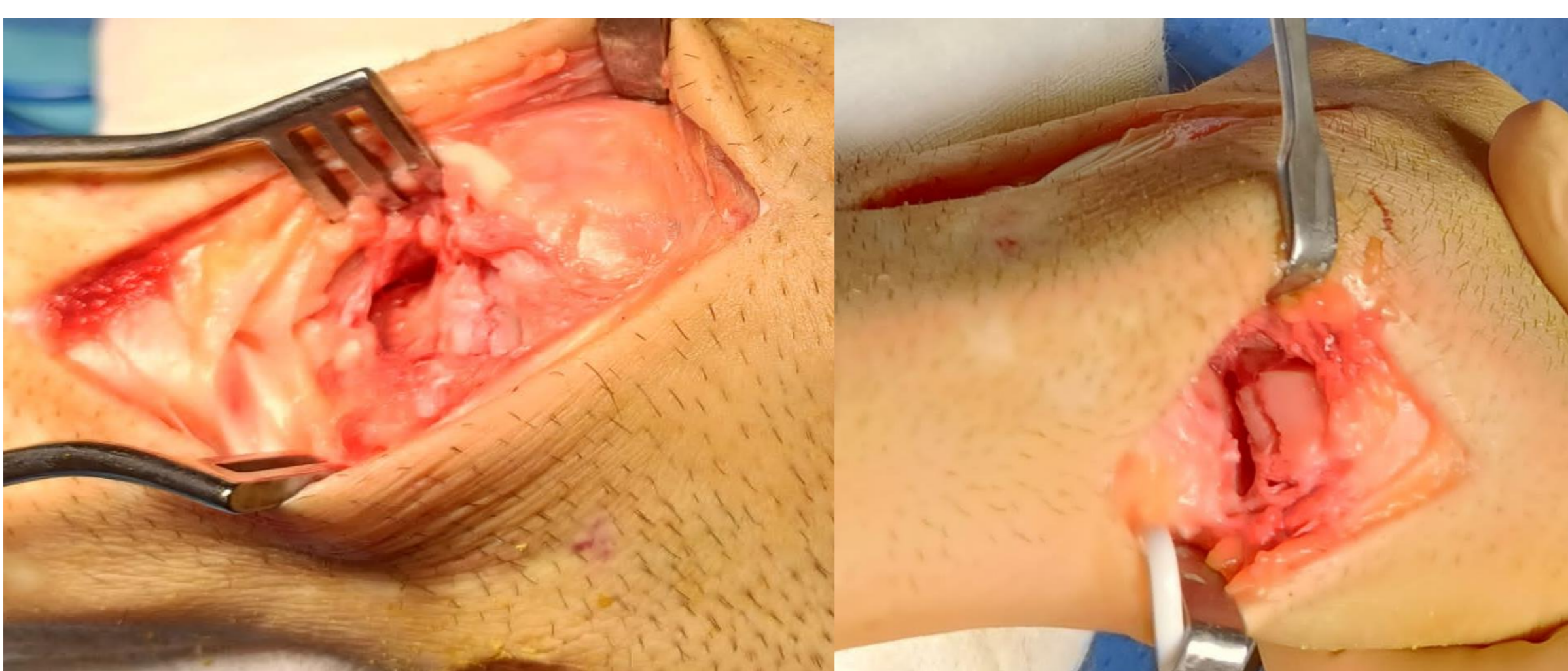


Fig. 5 y 6- Abordaje dorsal del carpo y del escafoides, se muestra la fx trapecio.



Fig. 7 y 8- Control posquirúrgico de la osteosíntesis con AK.

CONCLUSIONES

Las fx-luxaciones del carpo son infrecuentes y pasan desapercibidas ante lesiones con mayor repercusión clínica para el paciente. Como en nuestro caso, ocurren ante traumatismos de alto impacto, en varones jóvenes y en la mano dominante. El pronóstico depende de una reducción temprana y anatómica que permita recibir rehabilitación precoz tras inmovilizar durante mínimo seis semanas.

Abreviaturas: Fx- fractura, FE- fijador externo, MMII – miembros inferiores, MMSS – miembros superiores, MSI – miembro superior izquierdo, MTC- metacarpo y AK – agujas de kirschner.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA