

Mora Solé, E; González López, J; Bonilla López, JC; Poy Gual, C; Ruiz Calavia, JA;
Hernández Hermoso, JA

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducción

Las luxaciones carpometacarpianas son lesiones poco comunes que representan menos del 1% de las lesiones de la mano y de la muñeca.

En muchos casos son lesiones de alta energía que pueden pasar desapercibidas, haciendo que el diagnóstico sea tardío.

Caso clínico

Paciente mujer de 51 años que sufrió una caída desde 15 metros de altura mientras realizaba senderismo. Inicialmente se le diagnosticó hemorragia subaracnoidea y fractura-luxación bimalleolar con posible lesión vascular asociada por presentar extremidad inferior isquémica.

Se trasladó a un hospital de tercer nivel en el que se descartó afectación vascular y se realizó RAFI mediante osteosíntesis con placa y tornillos. Posteriormente precisó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Una semana después fue trasladada a nuestro centro. Al ingreso presentaba deformidad de la mano con edema y equimosis.

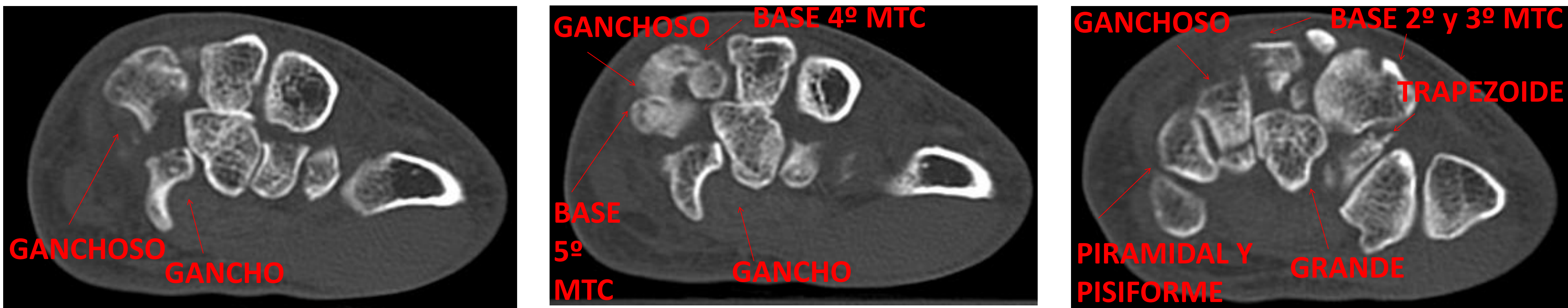
En la radiografía simple se sospechó luxación de la segunda a la quinta articulación carpometacarpiana. Se solicitó la TAC para confirmar la sospecha clínica y detectar posibles lesiones asociadas y así planificar la intervención quirúrgica.



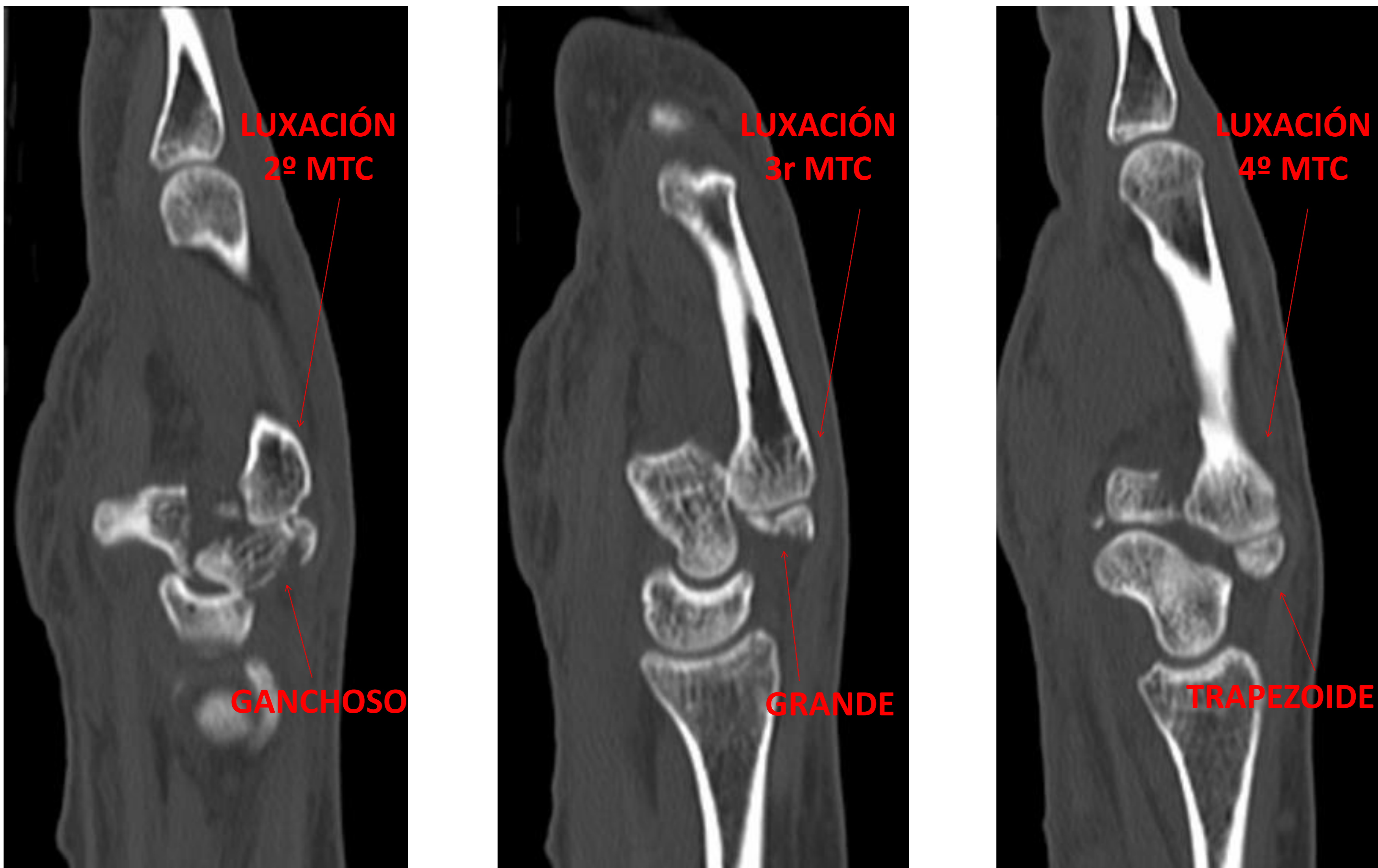
Radiografías AP y oblicua que muestran pérdida del espacio articular de las articulaciones carpometacarpianas y superposición de estructuras óseas.



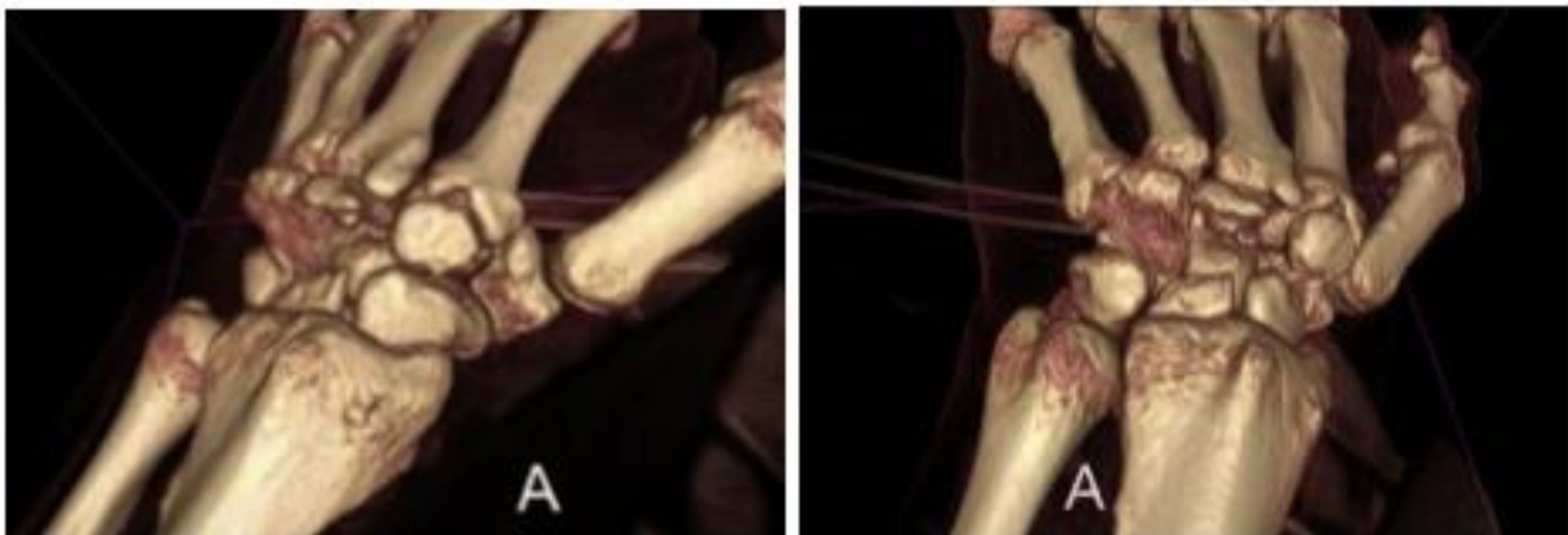
Se confirmó luxación posterior de la segunda a la quinta articulación carpometacarpiana, fracturas marginales dorsales de los huesos trapezoide y grande y fractura conminuta del hueso ganchoso.



Cortes de TAC axiales que muestran fractura del hueso ganchoso, grande y trapezoide.



Cortes de TAC sagitales que muestran luxación dorsal del segundo al cuarto metacarpiano y fractura del hueso ganchoso, grande y trapezoide.



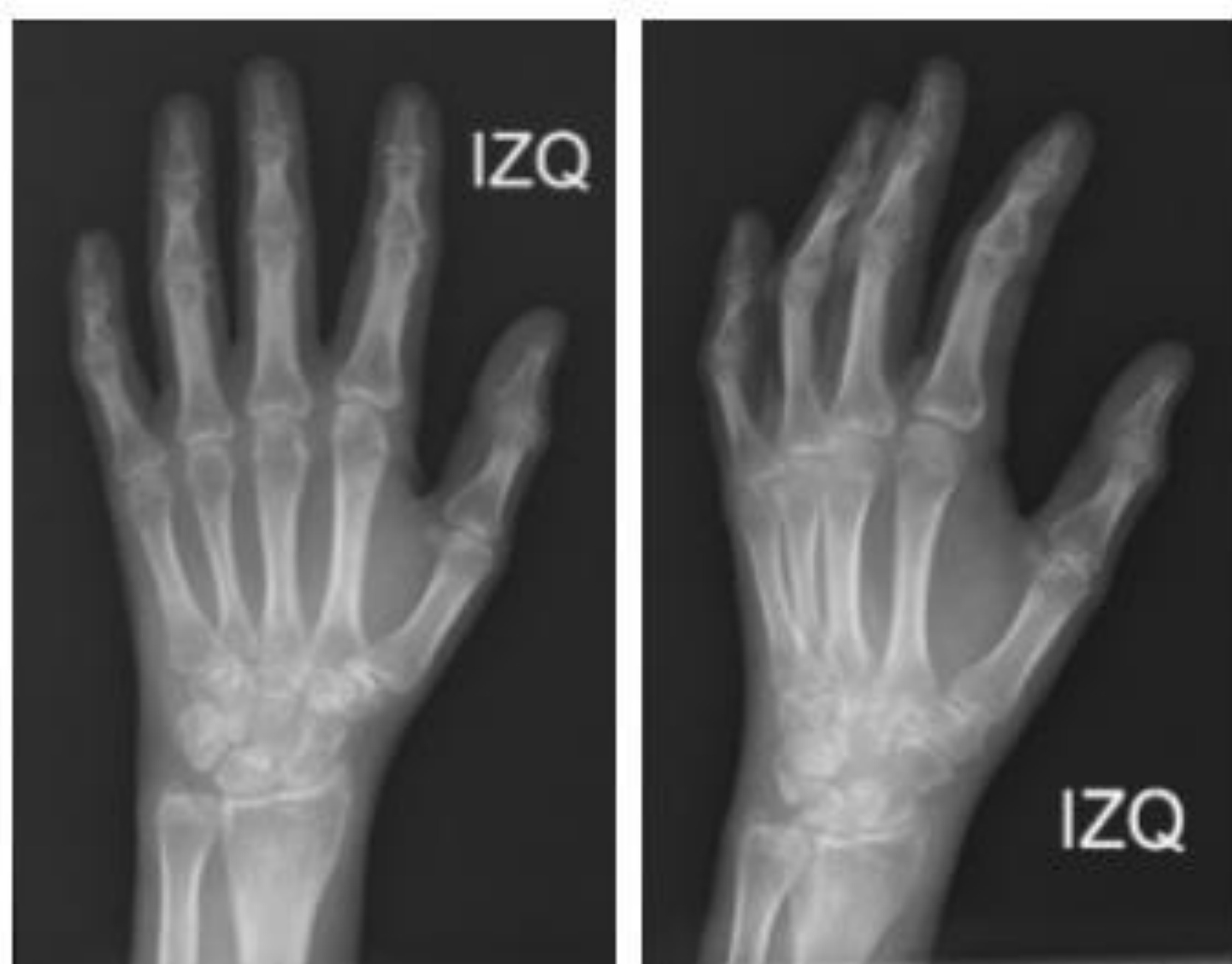
Imágenes de reconstrucción de TAC que muestran luxación dorsal del segundo al quinto metacarpiano y fracturas del carpo.

Se intervino quirúrgicamente mediante reducción cerrada con tracción y fijación con agujas percutáneas en longitudinal entre cada uno de los metacarpos y las dos hileras de carpo y otra transversal entre la base de los cuatro metacarpos, corroborándose bajo escopia. Se inmovilizó con férula de yeso hasta las 6 semanas post-intervención.



Radiografías AP y perfil postoperatorias que muestran reducción de las articulaciones carpometacarpianas y de las fracturas del carpo fijadas con agujas percutáneas.

No se observaron complicaciones en el posoperatorio. Se retiraron las agujas percutáneas y se inició movilización mediante rehabilitación. A los 6 meses, sus articulaciones carpometacarpianas eran estables y las radiografías de control mostraron consolidación de las fracturas del carpo.



Radiografías AP y oblicua de control tras la retirada de las agujas percutáneas.

Había recuperado movilidad de la muñeca con un balance articular de 80º de flexión palmar y 60º de flexión dorsal. La fuerza de agarre de la mano izquierda era de 10kg, en comparación con la mano derecha que era de 20kg, medido con un dinamómetro de agarre manual. La paciente presentaba dolor con los esfuerzos y al levantar peso.



Imágenes clínicas que muestran el balance articular tras finalizar la rehabilitación.



Discusión

Debido a que este tipo de lesiones se producen en el contexto de politraumatismos graves, suelen pasar desapercibidas por la presencia de lesiones de riesgo vital y extenso daño de los tejidos blando; por lo que se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Es fundamental el examen físico, la radiología y el estudio complementario.

Es necesaria la reducción anatómica y osteosíntesis para evitar la inestabilidad asociada que genera el daño capsular, el edema y la interposición de restos osteocartilaginosos y la cápsula.

Inicialmente se puede conseguir mediante reducción cerrada y fijación percutánea, aunque en casos de luxaciones múltiples suele realizarse mediante reducción abierta.

Es importante diagnosticar y tratar esta lesión, así como la movilización temprana para evitar la morbilidad asociada por la pérdida de función debido a rigidez articular, dolor, debilidad, luxación recurrente o subluxación y artritis postraumática.

Bibliografía

Deshpande M, Doomra T, Nadkarni S. Multiple carpometacarpal dislocations of the hand – an uncommon variant: a rare case. J Hand Surg Asian Pac Vol. 2017 Sep;22(3):371-375.

Prokuski LJ, Eglseder WA. Concurrent dorsal dislocations and fracture-dislocations of the index, long, ring, and small (second to fifth) carpometacarpal joints. J Orthop Trauma. 2001 Nov;15(8):549-54.

Pundkare GT, Patil AM. Carpometacarpal joint fracture dislocation of second to fifth finger. Clin Orthop Surg. 2015;7(4):430-435.

Hartwig RH, Louis DS. Multiple carpometacarpal dislocations. A review of four cases. J Bone Joint Surg Am. 1979 Sep;61(6A):906-8.

Hsu JD, Curtis RM. Carpometacarpal dislocations on the ulnar side of the hand. J Bone Joint Surg Am. 1970 Jul;52(5):927-30.

Henderson JJ, Arafa MA. Carpometacarpal dislocation: An easily missed diagnosis. J Bone Joint Surg Br. 1987;69:212- 4.