

LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

Luxación carpometacarpiana: presentación de dos casos clínicos

Bedoya A, Lleopart N, Leal MJ, Martínez-Carpio PA

Centre Penitenciari de Joves. La Roca del Vallès. Barcelona

Texto recibido: 17/03/2016

Texto aceptado: 14/05/2016

Presentamos los casos de dos reclusos, atendidos en los últimos meses en nuestro servicio médico, con una situación clínica muy similar. Fueron dos varones de 20 y 21 años, que después de dar un puñetazo contra la pared con la mano derecha solicitaron asistencia urgente por presentar dolor y deformidad en dorso de la mano. A la exploración se observó gran deformidad en el dorso de la mano a nivel de la unión del carpo con la base de los metacarpianos. Se efectuó estudio radiológico anteroposterior y lateral de la mano, observándose en ambos casos luxación de 4^a y 5^o metacarpiano. En ningún caso se apreciaron líneas de fisura ni fracturas asociadas (Figura 1). Se procedió a reducción bajo tratamiento analgésico y se realizaron las correspondientes radiografías de control para comprobar la reposición anatómica correcta. Posteriormente los pacientes se remitieron al hospital para valoración especializada. El primer caso fue tratado con dos agujas percutáneas (Figura 2) y el segundo caso no aceptó tratamiento quirúrgico y se procedió a tratamiento conservador con yeso antebraquial.

En nuestra experiencia, como sanitarios penitenciarios, son frecuentes las fracturas de metacarpianos como consecuencia de puñetazos contra la pared. La más común es la fractura del quinto metacarpiano, también llamada fractura del boxeador, o fractura de la frustración, ya que a menudo se provoca en este contexto al dar un puñetazo sobre una superficie dura (Figura 3). Sin embargo, las luxaciones carpometacarpianas son mucho más infrecuentes. Exceptuando las del primer metacarpiano, se consideran extraordinariamente raras¹, y constituyen menos del 1% de las luxaciones de los huesos de la mano². Los metacarpianos más afectados, según las escasas casuísticas disponibles, son el cuarto y el quinto, siendo el

desplazamiento dorsal la forma más habitual de luxación³⁻⁴. Son consecuencia de traumas contusos de alta energía y se pueden acompañar de fracturas de los huesos del carpo y de la base de los metacarpianos. El diagnóstico de certeza se realiza mediante radiografía simple en proyección posteroanterior, lateral y oblicua. En la radiografía posteroanterior puede identificarse pérdida de la congruencia articular entre las bases de los metacarpianos y los huesos del carpo. La proyección lateral y oblicua evidencia la dirección de la luxación².



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Los datos clínicos de la luxación pueden incluir edema y dolor de la articulación carpometacarpiana, prominencia o aplanamiento de la cabeza del metacarpiano y desviación o rotación de los dedos afectados. Es importante una exploración neurovascular meticulosa por la cercanía de los nervios periféricos².

En estos casos siempre debe intentarse la reducción cerrada. La primera maniobra consiste en efectuar una tracción longitudinal, con flexión del metacarpiano aumentando la deformidad, seguida de compresión de la base en dirección volar a medida que se extiende el metacarpiano. Si la reducción es estable estas lesiones pueden manejarse mediante inmovilización con yeso y/o fijación percutánea con aguja de Kirschner durante 6-8 semanas. No existe consenso pero algunos autores siempre indican de entrada algún medio de estabilización quirúrgica².

CORRESPONDENCIA:

Maria Jesus Elisa Leal
 Email: 27777mlb@comb.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Iborra J, Fernández CI, Jolin T. Luxaciones carpometacarpianas. Rev Esp de Cir Ost 1986; 201-209.
2. Ayala Gamboa U. Luxación dorsal de la articulación carpometacarpiana: informe de tres casos. An Med (Mex) 2012; 57: 144-8.
3. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. 10th Ed. Philadelphia: Mosby; 2003.
4. Berger R, Arnold-Peter CW. Hand surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.