La Sanidad Penitenciaria en Imágenes

RESP

Luxación transescafoperilunar y arcos de Gilula

Pedro A. Martínez-Carpio, María Moreno Fructuoso, Nuria Lleopart Rodríguez, Ángel Bedoya del Campillo

Servicio Médico. Centro Penitenciario de Jóvenes. Equipo de Atención Primaria Penitenciaria La Roca del Vallès. Barcelona.

Texto recibido: 08/08/2025

Texto aceptado: 03/09/2025

Presentamos el caso de un interno de 24 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que acude a los servicios médicos por dolor súbito e intenso en la muñeca y el antebrazo derechos, tras un traumatismo directo contra una pared durante un partido de fútbol. El paciente refería dolor de carácter difuso, sin localización precisa, que impedía la exploración física por su intensidad. No se observaban deformidades evidentes a la inspección.

Se efectuó una radiografía posteroanterior de muñeca, en la que se identificó una fractura de escafoides (Figura 1). No obstante, otros hallazgos radiológicos alertaron sobre una posible lesión de mayor gravedad: la interrupción de los arcos de Gilula sugería una disrupción de la anatomía del carpo, compatible con una luxación (Figura 2). En la radiografía lateral parecía observarse un desplazamiento del semilunar en sentido palmar, pero la imagen era de poca calidad.

Figura 1. A. Imagen del caso clínico con fractura de escafoides y luxación transescafoperilunar. B. Radiografía de muñeca normal correspondiente a otro interno de menos edad (se aprecia el cartílago de crecimiento), pero con estructura del carpo equiparable y representativa de un adulto, con arcos de Gilula bien definidos.

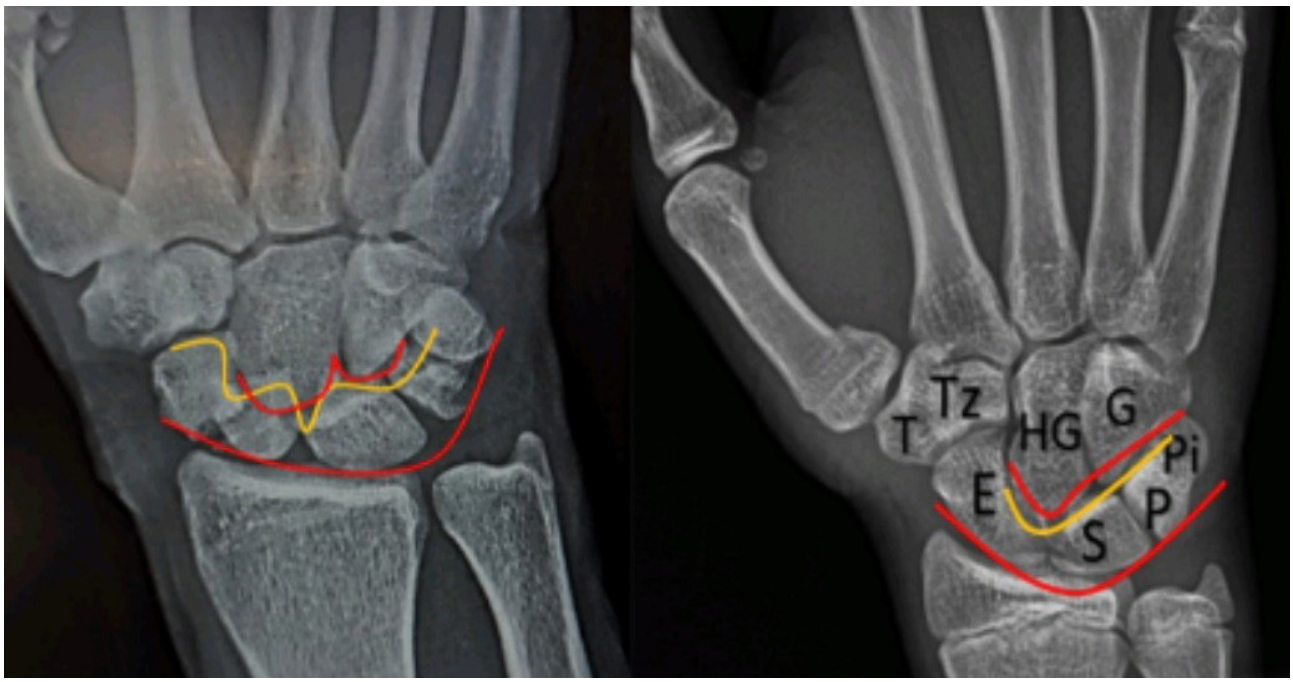

Figura 2. A. Patrón de arcos de Gilula desestructurados en un caso de luxación transescafoperilunar. B. Muñeca normal con arcos conservados. E: escafoides; G: ganchoso; HG: hueso grande; P: piramidal; Pi: pisiforme; S: semilunar; T: trapecio; Tz: trapezoide.

Ante estos hallazgos, se administró analgesia, se inmovilizó la extremidad afectada y se derivó al paciente con carácter urgente al hospital de referencia. Allí se confirmó el diagnóstico de luxación transescafoperilunar, realizándose una reducción cerrada, con colocación de yeso antebraquial y posterior tratamiento quirúrgico diferido a los seis días.

La luxación transescafoperilunar es una lesión infrecuente y grave del carpo, generalmente secundaria a traumatismos de alta energía, como caídas sobre la mano en extensión, especialmente en accidentes deportivos y de tráfico. Esta entidad se asocia con una elevada tasa de diagnósticos erróneos o demorados en fases iniciales, lo que obliga a mantener un alto índice de sospecha desde el primer contacto asistencial. El retraso en el diagnóstico puede conllevar complicaciones severas, tales como necrosis avascular, artrosis, inestabilidad carpiana y neuropatías, principalmente del nervio mediano[1-3].

En el contexto de traumatismos de muñeca, es fundamental valorar la alineación ósea del carpo mediante el análisis de los arcos de Gilula en la proyección posteroanterior[4]. Estos arcos se describen como tres líneas curvas consecutivas que deben mantenerse continuas en una muñeca anatómicamente íntegra. El primer arco delimita el contorno proximal de los huesos escafoides, semilunar y piramidal. El segundo sigue el borde distal de estos mismos huesos. El tercer arco traza la convexidad proximal del hueso grande y del ganchoso. La pérdida de continuidad, escalonamiento o interrupción en cualquiera de estos arcos es indicativa de una alteración en la alineación ósea del carpo, como ocurre en las luxaciones o fracturas-luxaciones. En el caso específico de la luxación transescafoperilunar, puede observarse una pérdida de alineación entre el semilunar y el hueso grande, así como un aumento patológico del espacio entre el escafoides y el semilunar.

Este caso subraya la relevancia de una evaluación radiológica meticulosa ante traumatismos de muñeca, incluso en ausencia de deformidades evidentes. La detección precoz de la pérdida de continuidad en los arcos de Gilula puede ser determinante para identificar precozmente lesiones severas que, de no tratarse adecuadamente y a tiempo, pueden derivar en complicaciones funcionales graves y permanentes.

CORRESPONDENCIA

Pedro A. Martínez-Carpio
Centro Penitenciario de Jóvenes.
Ctra. de Masnou a Granollers Km 13425. La Roca del Vallès. Barcelona.
E-mail: pmartinez@gencat.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garg B, Batra S. Chronic trans-scaphoid perilunate dislocation: Current management protocol. J Clin Orthop Trauma. 2020;11(4):523-8. doi:10.1016/j.jcot.2020.05.006.
2. Kontogeorgakos VA, Mavrogenis AF, Megaloikonomos P, Panagopoulos G, Mandalos V, Badras L. Trans-Scaphoid Transcapitate Perilunate Fracture-Dislocation. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2017;46(4):E230-4.
3. El Khaymy K, Fadili O, Chrak A, Bouzid Y, El Hamzaoui E, El Adaoui O, *et al.* Transscaphoid trans-lunate trans-triquetral volar perilunate dislocation: A case report. Trauma Case Rep. 2023;48:100964. doi:10.1016/j.tcr.2023.100964.
4. Gilula LA. Carpal injuries: analytic approach and case exercises. AJR Am J Roentgenol. 1979;133(3):503-17. doi:10.2214/ajr.133.3.503.