

LUXACION PERILUNAR DEL CARPO CON FRACTURA DEL PIRAMIDAL

E. BALÉN BEJARANO.

Médico Interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla.

Instituto Médico de Postgraduados.

Servicio de Huesos y Articulaciones. Jefe: Doctor SIERRA CANO.

Cuando en un Servicio de Traumatología se ve diariamente un gran contingente de enfermos, como ocurre en el nuestro, tenemos la oportunidad de ver y tratar toda clase de fracturas y luxaciones, tanto frecuentes como raras y excepcionales.

La historia del enfermo que vamos a presentar se refiere a una luxación perilunar del



Fig. 1.

carpo, lesión que, si no excepcional, es poco frecuente y creemos que esto basta para su publicación. Como complicación presenta una fractura del piramidal.

Se trata de un enfermo, G. V. P., de treinta y cuatro años, al que vimos por vez primera el día 24 de noviembre de 1954, el cual en accidente de trabajo, tres días antes, había sufrido un traumatismo de brusca flexión dorsal de la mano izquierda sobre el antebrazo al intentar evitar que se derrumbara hacia atrás el carro que conducía, cuyo varal le dobló la muñeca hacia el dorso.

El enfermo no había realizado otro tratamiento que un vendaje compresivo blando y colocar la mano en elevación. Se quejaba de dolores intensos, absoluta impotencia funcional y gran hinchazón de mano y muñeca izquierdas.

Objetivamente, se encontraba enorme hinchazón de la muñeca, dorso de mano y dedos; deformación en dorso de tenedor, e intenso dolor en cualquier punto de los huesos del carpo, los cuales, debido a la tumefacción, era muy difícil distinguir por la palpación. El menor movimiento de la muñeca era muy doloroso.

Las radiografías en proyección frontal y lateral (figuras 1 y 2, correspondientes a los calcos-esquemas de la figura 3) nos hacen el diagnóstico, precisándonos la variedad dentro de las luxaciones del carpo. Se trataba, en realidad, de la luxación perilunar del carpo, en la cual el hueso semilunar permanece unido al radio, en tanto que los restantes huesos carpianos se luxan habitualmente hacia el dorso. En el caso presentado había

desviación dorsal y radial del segmento distal y acortamiento. Se encuentra también un arrancamiento laminar del piramidal, laminilla que mantenía sus relaciones normales con el semilunar.

Hecho el diagnóstico por la radiografía, se procede inmediatamente a la reducción incruenta de la luxación, empleando de primera intención la anestesia general (pentotal, éter y oxígeno). La tracción y contracción se efectúan por el procedimiento habitual que aconseja BÖHLER en el tratamiento de una fractura de Colles, pero prolongando mucho tiempo y de un modo soste-



Fig. 2.

nido la tracción, y procurando que ésta se efectúe en flexión cubital.

Bajo control radioscópico, y por presión directa de los pulgares en el dorso sobre los huesos del carpo luxados, se consigue la reducción, que se comprueba mediante radiografías realizadas, aprovechando aún la

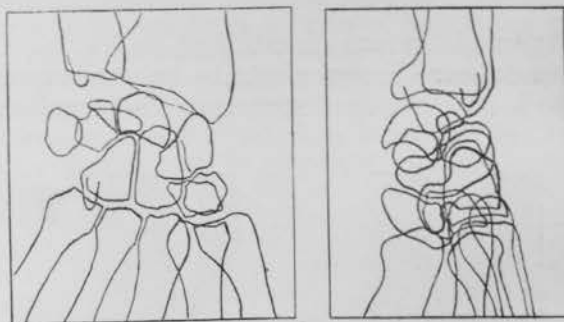


Fig. 3.—Calcos-esquemas de las figuras 1 y 2.

anestesia general, y con la mano en flexión cubital, en cuatro proyecciones (frontal, lateral y dos oblicuas en un/cuarto y en tres/cuartos) (figs. 4 y 5, correspondientes a los calcos-esquemas de las figuras, respectivamente, 6 y 7). A pesar de que en estas radiografías no se apreciaba ninguna fractura de escafoides concomitante, que nosotros buscábamos, se inmoviliza como si la hubiera, en la posición que aconseja nuestro maestro el doctor SIERRA CANO¹ en fracturas de escafoides, es decir, mediante escayola por debajo del codo con la muñeca en desviación radial y ejerciendo, mientras se coloca, presión longitudinal en sentido proximal sobre el primer metarcarpiano, colocado en oposición, e incluyendo en la escayola el primer metacarpiano y la falange proximal del pulgar.

Se coloca la mano elevada, iniciándose desde el primer momento la movilización activa de los dedos, codo y hombro.

Practicadas nuevas radiografías una semana después, se descarta la fractura de escafoides. El yeso queda

muy amplio al bajar el edema, por lo que el día 8 de diciembre de 1954, es decir, quince días después de la reducción, se renueva por otro que deja libre la falange proximal del pulgar y sin desviación radial, ya que una nueva exploración física nos confirma una vez más la indemnidad del escafoide.

El enfermo es dado de alta hospitalaria, pero con es-

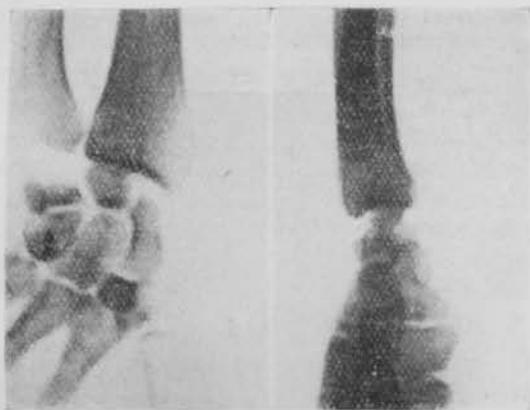


Fig. 4.

cayola aún, el día 14 de diciembre de 1954, sin dolores, sin edema y con perfecta movilidad de dedos, codo y hombro.

Mes y medio después de la reducción se retira el enyesado. La movilidad es: flexión dorsal, 60 grados; flexión palmar, 30 grados; flexión radial, 20 grados, y flexión cubital, 10 grados. Efectúa también movimientos de circunducción.

Se le aconseja realice trabajos livianos y varias sesiones de cámara de Bier.

A los tres meses y medio del accidente, el día 6 de abril de 1955, la movilidad de la muñeca y carpo es prácticamente normal y es dado de alta para todo tipo de trabajo.

Aparte la rareza de este tipo de lesión, el interés del caso creemos estriba en que hemos tenido la ocasión de disponer de radiografías en

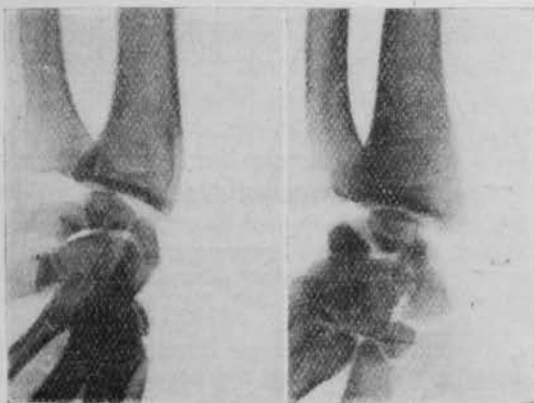


Fig. 5.

diferentes proyecciones (frontal, lateral y oblicuas), en las cuales se aprecian las relaciones de todos los huesos del carpo entre sí.

En cuanto al mecanismo de producción, en nuestro caso no cabe duda fué por hiperextensión. La fractura del piramidal ha sido producida, nos parece, por arrancamiento de una laminilla del piramidal por los ligamentos inter-

óseos semiluno-piramidales, por lo que el fragmento arrancado permaneció unido al semilunar.

Podemos resumir las consideraciones sobre este caso diciendo:

1. La luxación perilunar del carpo asociada a una fractura del piramidal no es lesión frecuente, sino más bien rara.

2. Debemos buscar una fractura simultánea del escafoide, y hasta descartarla, inmovilizar como si existiera; ya que pequeñas fisuras, que pasan inadvertidas en el primer examen radio-

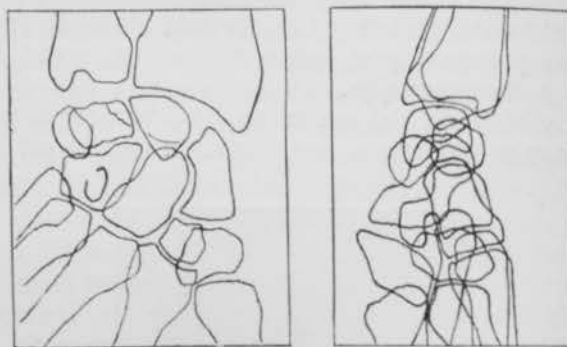


Fig. 6.—Calcos-esquemas en proyección frontal y lateral después de reducida la luxación.

gráfico, son causas de seudartrosis de este hueso, lesión de gran importancia.

3. Los síntomas clínicos, tanto subjetivos como objetivos, son muy llamativos y claros.

4. Es aconsejable practicar, además de las radiografías habituales en proyección frontal y lateral, proyecciones oblicuas en semiprona-

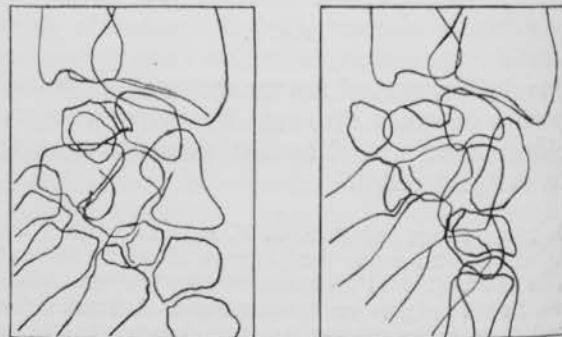


Fig. 7.—Calcos-esquemas en proyecciones oblicuas de semipronación y semisupinación después de la reducción.

ción y semisupinación. Así descubriremos pequeños arrancamientos óseos.

5. El tratamiento, lo más precoz posible, consiste en la reducción de la luxación (mediante tracción persistente en desviación cubital y presión sobre los huesos del carpo luxados), inmovilización enyesada, movilización activa de los dedos, codo y hombro, a más de un tratamiento postural del miembro en elevación.

6. En el caso presentado, con el tratamiento señalado, hemos obtenido un buen resultado funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. SIERRA CANO, L.—Comunicación personal.