

Radiografía ósea

G. Rodríguez Caravaca^a, B. de la Torre Escuredo^b, M.C. Villar del Campo^c y M. González Mosquera^a

^aFundación Hospital Alcorcón. Madrid. ^bHospital Universitario. Guadalajara.

^cCentro de Salud Los Cármenes. Madrid.



Fig. 1.

Caso clínico

Varón de 25 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acudió de forma urgente al centro de salud por dolor e impotencia funcional en el primer metacarpiano de la mano derecha, tras caída casual unas horas antes, mientras montaba en bicicleta, y golpearse en la zona de apoyo, la base palmar de la mano y la muñeca.

En la exploración física se apreciaba dolor en la palpación sobre la base del primer metacarpiano de la mano derecha y a la movilización mediante flexoextensión y abducción-aducción del dedo pulgar. También se apreciaba un leve aumento de temperatura sobre la base de la eminencia tenar de esta mano; no había signos visuales de eritema, edema, hematoma local ni deformaciones visibles por inspección.

Se le realizó una radiografía simple de urgencia de la mano derecha, donde se apreciaba una fractura intraarticular de la porción cubital de la base del primer metacarpiano (fractura-luxación de Bennet), con un trazo de fractura oblicuo y rotación del fragmento fracturario de la base del metacarpiano (fig. 1).

El paciente fue remitido al servicio de traumatología del hospital de referencia para su evaluación y tratamiento quirúrgico.

Comentario

El pulgar se comporta como un dedo único respecto al resto de dedos de la mano y las fracturas del primer metacarpiano son diferentes de las del resto de estos huesos. La mayoría de las fracturas del metacarpiano del pulgar ocurren en la base o próximas a ella. En esta región, donde se encuentra la articulación carpo-metacarpiana (CMC), podemos apreciar cuatro estructuras ligamentosas que soportan dicha articulación: ligamento oblicuo anterior (LOA), ligamento dorsoradial, ligamento oblicuo posterior y ligamento intermetacarpiano.

El LOA se constituye como la estructura clave para mantener la estabilidad del pulgar, por lo que ante un traumatismo sobre la articulación CMC se producirá frecuentemente una fractura del pico volar del metacarpiano, resultando en una fractura-luxación de Bennet. Aunque se pueden producir por un mecanismo directo,

lo habitual es la producción de la fractura por un mecanismo indirecto, siendo frecuente esta fractura en sujetos practicantes de deportes como el esquí o el golf. La línea de fractura separa la mayor parte del metacarpiano de un pequeño fragmento volar, habitualmente rotado (fig. 1), debido a la fuerza del LOA, que ancla el fragmento volar del metacarpiano al tubérculo del trapecio. La diáfisis del metacarpiano se desplaza radial y dorsal a la base debido a la fuerza que produce el abductor largo del pulgar, que se inserta en la base del primer metacarpiano.

El diagnóstico de la lesión, aparte de la clínica que produce, se pone de manifiesto mediante el estudio radiológico a través de la proyección de Robert, proyección anteroposterior tomada con la mano en máxima pronación en la que se aprecia normalmente un trazo de fractura oblicuo con rotación del fragmento proximal.

El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque se han propuesto otros tratamientos funcionales de entrada, como yesos moldeados y reducción abierta con fijación interna. Hoy día, se tiende a preferir algún tipo de fijación interna para mantener la reducción, por lo que la recomendación actual es intentar la reducción cerrada y mantenerla mediante una o dos agujas de Kirschner. Para reducir la fractura, la dirección de la tracción es el elemento más importante. La tendencia natural es abducir el pulgar y hacer palanca en el metacarpiano para alcanzar la reducción con el fragmento proximal. Pero

esto no reduce la fractura, sino que crea una brecha en el sitio de la misma. Esto debe recordarse, pues el fragmento distal controlable debe ser llevado para alinearlo con el fragmento proximal no controlable. Para alcanzar la reducción se realizará aducción del pulgar y presión sobre la base del metacarpiano hacia la palma de la mano en un movimiento de oposición. Comprobada la reducción, se inserta una aguja de Kirschner desde la superficie dorsal del tercio proximal del primer metacarpiano hacia el trapecio, trapezoides o segundo metacarpiano. No se debe intentar fijar el metacarpiano con el fragmento volar del mismo, sino que la aguja pretende mantener la reducción. Si con esta técnica no conseguimos alcanzar la reducción (incongruencia articular < 2 mm), se intentará la reducción abierta y la fijación interna mediante agujas o tornillos. Tras la reducción y estabilización se coloca un férula para proteger la movilidad del pulgar.

Bibliografía general

- Rodríguez Alonso JJ, Silveira de la Torre J. Traumatología en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed). Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 1153-1166.
- Van Niekerk JLM, Ouwens R. Fractures of the base of the first metacarpal bone: results of surgical treatment. *Injury* 1989; 20: 359-361.