

I CASO CLÍNICO

Reducción abierta y fijación interna de una luxación perilunar inveterada

Open reduction and internal fixation of chronic perilunate dislocation

Lamas C, Proubasta I, Cortés S, Carrera I

Unidad de Mano y Extremidad Superior. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona.

Resumen

Presentamos un caso de luxación perilunar inveterada de dos meses de evolución tratada con reducción abierta y fijación interna.

Se realizó un abordaje doble, dorsal y palmar. El abordaje palmar permitió abrir el túnel carpiano y reinsertar los ligamentos volares. El abordaje dorsal permitió, con un *flap* capsular de base radial, reducir la luxación inveterada y reinsertar el ligamento interóseo escafolunar. Estabilizamos la reducción con tres agujas de Kirschner temporales y con una inmovilización durante 6 semanas.

La reducción abierta y fijación interna a los dos meses de la luxación perilunar inveterada es el método de elección, en lugar de la carpectomía proximal o la artrodesis parcial.

Palabras clave:

Luxación perilunar inveterada, luxación semilunar.

Abstract

We present a case of two-month inveterate perilunar luxation treated by open reduction and internal fixation. A dual dorsal and palmar approach was used. The palmar access allowed opening of the carpal tunnel and reinsertion of the volar ligaments. The dorsal approach in turn allowed the use of a radial-base capsular flap to reduce the inveterate luxation and reinsert the scapholunar interbone ligament. The reduction was stabilized with three temporary Kirschner pins and immobilization for 6 weeks.

Open reduction and internal fixation two months after inveterate perilunar luxation is the method of choice, in place of proximal carpectomy or partial arthrodesis.

Key words:

Inveterate perilunar luxation, semilunar luxation.

I Introducción

El tratamiento clásico de las luxaciones perilunares inveteradas ha sido la resección de la primera fila del carpo o la artrodesis parcial. La carpectomía proximal, es el procedimiento más empleado y es capaz de eliminar el dolor y de restablecer la función [1]. Sin embargo, esta técnica requie-

re la exéresis del escafoides, del semilunar y del piramidal. La pérdida de la anatomía normal puede conducir a medio plazo a la aparición de dolor por artropatía degenerativa entre el hueso grande y el radio, disminución de la fuerza y acortamiento de la muñeca, siendo estética y funcionalmente invalidante para un paciente joven.

Describimos el caso clínico con resultado satisfactorio de un paciente con luxación perilunar crónica tratado con reducción abierta y fijación interna. Proponemos en las luxaciones perilunares inveteradas de menos de tres meses de evolución el abordaje doble, dorsal y palmar para la reducción y fijación de estas lesiones.

Correspondencia

C. Lamas Gómez

Unidad de Mano y Extremidad Superior. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. U.A.B. Sant Antoni M^º. Claret, 167, 08025 Barcelona. clamasg@hsp.santpau.es

I Caso Clínico

Paciente varón de 31 años que presentaba dolor en el dorso de la muñeca derecha, pérdida de movilidad y edema producidos por un traumatismo desde hacía dos meses. Consultó la primera semana del accidente en el servicio de urgencias donde no fue diagnosticado. Ante la persistencia del dolor asociado a parestesias en el territorio del nervio mediano realizó una nueva consulta. La radiografía mostraba una luxación perilunar inveterada, con pérdida de las líneas de Gilula, apertura del espacio escafolunar y una fractura de piramidal (Figura 1). El electromiograma (EMG) demostró un enlentecimiento de la conducción del nervio mediano en el túnel carpiano. Se realizó una intervención quirúrgica a las 9 semanas de la lesión con un abordaje combinado dorsal y palmar. El abordaje palmar permitió la apertura del retináculo flexor con liberación del nervio mediano y la re inserción de los ligamentos volares. El abordaje dorsal se realizó a través de una capsulotomía dorsal con un *flap* de base radial siguiendo los ligamentos radiopiramidal dorsal proximalmente y el ligamento intercarpiano distalmente [2]. Se redujo la luxación volar del semilunar hasta que contactó con la superficie de hueso grande y se reparó el ligamento interóseo escafolunar. Para reparar este ligamento utilizamos dos agujas de Kirschner que actúan como *joysticks* para reducir el intervalo escafolunar. Reinsertamos el ligamento interóseo escafolunar avulsionado del semilunar con un mini-arpón (Mitek®) y suturas (Figura 2). Después de la reducción retiramos las agujas de Kirschner. Reinsertamos los ligamentos radiocarpianos dorsales e intercarpianos. Estabilizamos la reducción con tres agujas de Kirschner temporales: escafolunar, lunopiramidal y escafo-hueso grande e inmovilización con yeso durante 6 semanas (Figura 3).

A los 6 meses de la intervención, tanto la clínica del paciente como el EMG habían mejorado significativamente.



Fig. 1. Luxación perilunar inveterada: a) radiografía anteroposterior, y b) radiografía lateral.

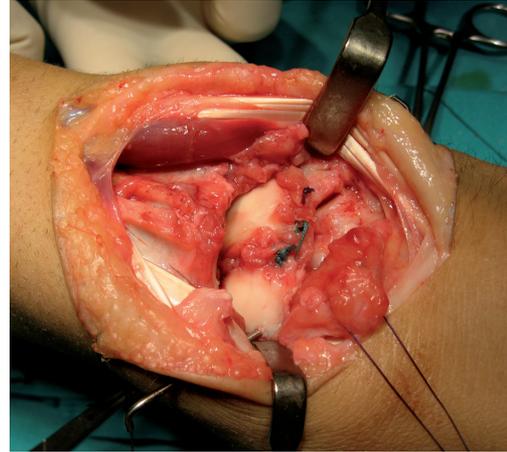


Fig. 2. Reducción de la luxación perilunar, re inserción del ligamento interóseo escafolunar y fijación temporal con agujas de Kirschner.

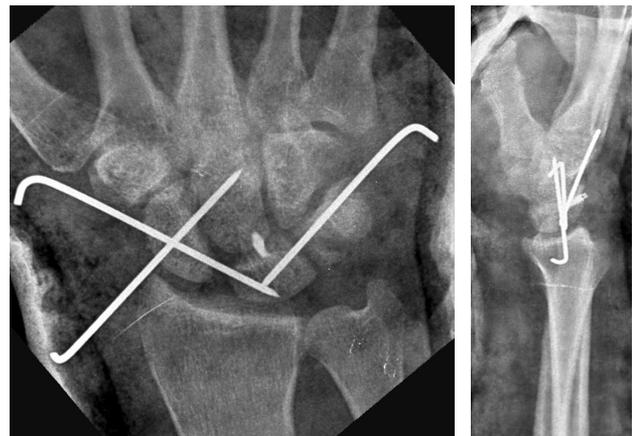


Fig. 3. Radiografía tras la reducción abierta y fijación interna: a) proyección anteroposterior, y b) proyección lateral.

El balance articular de la muñeca presentaba una flexión de 55°, extensión 50°, supinación 78° y pronación 85°. Las proyecciones radiográficas mostraron una reducción correcta del semilunar. No se ha observado cambios de densidad en el escafoides ni en el semilunar que sugieran compromiso vascular o signos degenerativos.

I Discusión

Takami et al [3] aportan resultados satisfactorios en cuatro casos de luxaciones perilunares inveteradas tratadas con reducción abierta y fijación interna. Para reducir la luxación crónica se precisó, como en nuestro caso, de un abordaje doble, dorsal y palmar. El intervalo de tiempo entre la luxación perilunar y la operación fue de 7, 8, 14 y 18 semanas



respectivamente. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico de estas luxaciones crónicas puede ser difícil de llevar a cabo por la formación de tejido cicatricial y por la contractura de las partes blandas. Takaya et al [4] emplearon en 3 casos un fijador externo para conseguir una distracción gradual y a los 10 días reducían quirúrgicamente la luxación perilunar inveterada mediante un abordaje dorsal.

En nuestro caso, a pesar del retraso en el diagnóstico y en el tratamiento el paciente ha tenido una evolución satisfactoria. Concluimos que la reducción abierta y la fijación interna según la técnica antes descrita es el procedimiento de elección en las luxaciones perilunares inveteradas a los dos meses de la lesión, en lugar de la carpectomía proximal o la artrodesis parcial. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Retting ME, Raskin KB. Long-term assessment of proximal row carpectomy for chronic perilunate dislocations. *J Hand Surg* 1999; 24-A: 231-6.
2. Berger RA. A method of defining palpable landmarks for ligament-splitting dorsal wrist capsulotomy. *J Hand Surg* 2007; 32-A:1291-5.
3. Takani H, Takahashi S, Aldo M, Masuda A. Open reduction of chronic lunate and perilunate dislocations. *Arch Orthop Trauma Surg* 1996; 115:104-7.
4. Takaya M, Kenya T, Norimasa K, Atsuo N. Open reduction of chronic perilunate dislocation with aid of external fixator. *J Japanese Soc Surg Hand* 1999; 16:113-5.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.