

Luxación palmar de la articulación metacarpofalángica del pulgar

Palmar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb

Natera Cisneros L, Gómez M, Lamas C, Proubasta I

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

Presentamos el caso de un hombre de 41 años con una luxación palmar de la articulación metacarpofalángica del pulgar sin semiología de interposición de partes blandas, en el que se realizó reducción cerrada. El resultado fue satisfactorio. Se evidenció bostezo del ligamento colateral radial.

Palabras clave:

Luxación, metacarpofalángica, pulgar, palmar.

Abstract

Open reduction is considered almost mandatory, because soft tissue interposition is usually the norm. Soft tissue interposition can be inferred with the physical examination.

Methods: We present the case of a 41 year old man with a palmar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb in which we achieved a satisfactory closed reduction. Closed reduction was successful. Instability of the radial collateral ligament was identified.

Key words:

Dislocation, metacarpophalangeal, thumb, palmar.

Introducción

La luxación palmar de la articulación metacarpofalángica (MCF) del pulgar es una lesión muy infrecuente. De hecho, se han descrito 19 casos [1-16], al igual que ocurre con la articulación MCF del dedo índice [17]. La reducción abierta se considera imprescindible, puesto que la interposición de partes blandas suele ser la norma (tendones extensores, cápsula dorsal con o sin la placa palmar) [1][6][9]. Sin embargo, publicamos dos casos en los que se consiguió la reducción de forma cerrada [10].

Las consecuencias de esta lesión radican en la posibilidad de desarrollar una inestabilidad articular residual al dejar de tratar de forma adecuada la frecuente asociación de una rotura de los ligamentos colaterales metacarpo-falángicos, ya sea el cubital, más frecuente, o el radial.

Caso clínico

Paciente psiquiátrico de 41 años que ingresó en el servicio de urgencias, tras politraumatismo por precipitación

desde una altura de 5 metros. Los diagnósticos efectuados fueron traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conocimiento, fractura de la vértebra T8, fracturas costales múltiples derechas con hemoencefalotórax asociado y luxación palmar de la articulación MCF del pulgar de la mano derecha (Figura 1). Desde el punto de vista semiológico, no evidenciamos indicios sugerentes de interposiciones tendinosas en la articulación.

Después de estabilizar hemodinámicamente al paciente y colocar un tubo de drenaje torácico, se procedió a la reducción de la luxación del pulgar bajo anestesia troncular, la cual se consiguió mediante la aplicación de tracción longitudinal del dedo asociada a maniobras de desviación dorsal y radial. Una vez reducida, se comprobó la estabilidad de los ligamentos colaterales, comprobando un bostezo articular de 20° en el lado radial, sugerente de rotura del ligamento colateral radial. Se inmovilizó el dedo con un yeso corto. Después de pasar a la unidad de semicríticos, en la que estuvo cinco días, se le dio el alta, informándole el día del control ambulatorio para el seguimiento de su evolución. No obstante, el paciente no acudió a nuestra consulta.

Correspondencia

L. Natera Cisneros
Sant Antoni Maria Claret, 167, 08025 Barcelona, España.
e-mail: lnatera@santpau.cat



Fig. 1. Estudio radiográfico en el ingreso. Luxación palmar de la articulación MCF del pulgar; a) proyección A-P, b) proyección lateral.

I Discusión

El caso supone, tras nuestra búsqueda, el número 20 y es el quinto descrito en el que se ha conseguido una reducción cerrada satisfactoria. La mayoría de las luxaciones MCF del pulgar suelen ser dorsales, siendo su reducción fácil mediante maniobras manuales, aunque algunos casos pueden requerir la reducción abierta [18-21]. Sin embargo, la variedad palmar no suele reducirse de forma cerrada, motivo por el cual se aconseja de entrada la reducción abierta. La causa de ello es la frecuente interposición de partes blandas, entre las que cabe destacar el tendón extensor y la cápsula dorsal con o sin la placa volar.

En el examen físico hay indicios que podrían hacer pensar que existe interposición de partes blandas y, en consecuencia, pocas probabilidades de conseguir la reducción cerrada mediante manipulación. Estos indicios son desviación radial o cubital de los extensores largo (EPL) o corto del pulgar (EPB), EPL no palpable, interposición radiográfica de los sesamoideos o actitud en flexión de la articulación MCF con actitud paradójica en extensión de la articulación interfalángica del pulgar [6][11][15] (Figura 2). Tanto si se reduce la luxación de forma cerrada como abierta, las luxaciones palmares de la articulación MCF del pulgar suelen asociarse a lesiones de los ligamentos colaterales de la MCF [21], motivo por el cual se hace imprescindible la valoración articular de la estabilidad en varo o en valgo, una vez reducida la luxación. Al respecto, la lesión del ligamento colateral cubital es la más frecuente y habitualmente asociada a una lesión de Stener. En el caso de que la luxación haya sido reducida de forma abierta, es fácil valorar su presencia y tratar adecuadamente la rotura del ligamento colateral correspondiente. Por el contrario, si la reducción se ha conseguido de forma cerrada, deberá valorarse clínicamente la inestabilidad de ambos ligamentos colaterales. Así, para el ligamento colateral cubital, si en extensión completa de la articulación MCF –posición en la que la estabilidad corre a cargo de la placa palmar y del ligamento colateral accesorio, existe inestabilidad con un bostezo $>30^\circ$ –, querrá decir que existe una rotura aislada de las estructuras citadas, mientras que si se observa una inestabilidad con la articulación en flexión de 30° , significa que hay una rotura del ligamento colateral propio. Como es obvio, en el caso de inestabilidad lateral, tanto en flexión co-

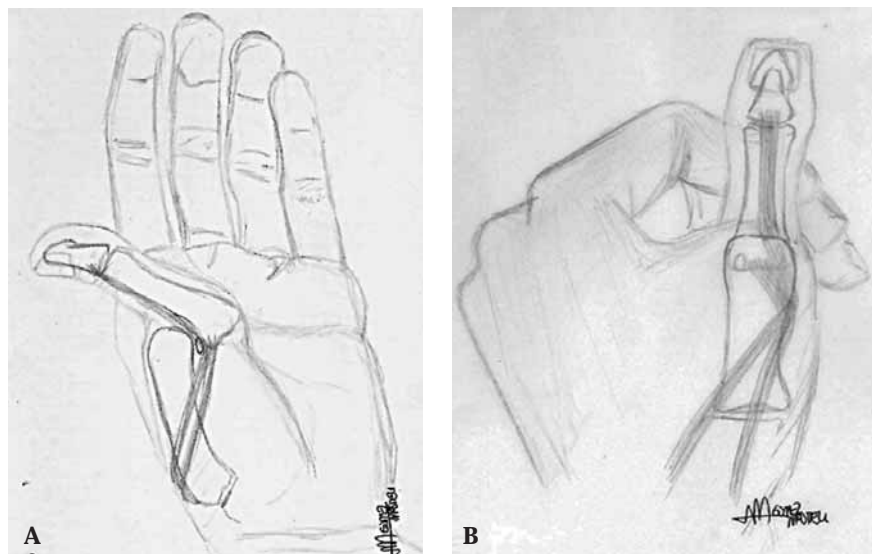


Fig. 2. a) actitud paradójica en extensión de la articulación interfalángica del pulgar por interposición del tendón extensor largo del pulgar; b) desviación radial de los tendones extensores corto y largo del pulgar.

mo en extensión, apoya la coexistencia de una lesión asociada del ligamento colateral propio, del accesorio y de la placa palmar, respectivamente. En cambio, para el ligamento colateral radial, en caso de comprobarse un bostezo articular por encima de los 20°, se considera que el ligamento está roto y debe ser reparado quirúrgicamente. En el caso de no darse los requisitos clínicos citados, se considera que la articulación es estable, pudiéndose tratar la lesión de forma conservadora mediante un yeso corto de escafoides por espacio de cuatro semanas. Dadas las características psicosociales de nuestro paciente, creímos oportuno tratar la lesión de forma conservadora, aunque por los motivos comentados no se pudo realizar un seguimiento adecuado y, por consiguiente, no se pudo saber el resultado clínico final conseguido.

El motivo de presentar este caso es doble: su extraordinaria rareza y la necesidad de remarcar que en caso de que se contemple la reducción cerrada, la valoración de los indicios de interposición de partes blandas termina siendo un hecho crucial. Así, ante la inexistencia de los indicios de interposición, la necesidad de reducción abierta puede no ser imprescindible. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moneim MS. Volar dislocations of the metacarpophalangeal joint. Pathological anatomy and report of two cases. *Clin Orthop Rel Res* 1983; 176:186-9.
2. Cleak DK. Simultaneous dislocations of the interphalangeal and metacarpophalangeal joints in a thumb. *Hand* 1981; 13:167-8.
3. Rodríguez AA, Aparicio AM, Roca GO, Hernández AR. Luxación palmar de la articulación metacarpo-falángica del pulgar. A propósito de un caso. *Rev Cir Ortop Traumatol* 1991; 35:384-6.
4. Singhal RK. Anteromedial dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb with special emphasis on its mechanism of injury. *J Ind Med Assoc* 1974; 62:18-20.
5. Sartorius C, Darmon C, Robert O, Gardes JC, Teissier J. Luxation palmaire irreductible de la metacarpo-phalangiennne du pouce par accident de ski. *Ann Chir Main* 1991; 10:458-62.
6. Gunther SF, Zielinski CJ. Irreducible palmar dislocation of the proximal phalanx of the thumb-case report. *J Hand Surg* 1982; 7-A:515-7.
7. Renmshaw TS, Louis DS. Complex volar dislocation of the metacarpophalangeal joint. A case report. *J Trauma* 1973; 13:1086-9.
8. Meriaux JL, Leviet D, Djermag Y, Vilain R. Un cas de luxation simulantee des articulations metacarpophjalangeien et interphalangi-enne du pouce. *Rev Chir Orthop* 1983; 69:481-2.
9. Miyamoto M, Hirayama T, Uchida M. Volar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *J Hand Surg* 1986; 11B:51-4.
10. Proubasta IR. Volar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb: report of two cases. *Bull Hosp Joint Dis* 1993; 53:13-4.
11. Hirata H, Takegami K, Nagakura T, Tsujii M, Uchida A. Irreducible volar subluxation of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *J Hand Surg* 2004; 29A:921-4.
12. Qiu YQ. Complex volar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *Annal Plast Surg* 1999; 42:225-6.
13. Pérez-Aguilar D, Sendino M, Doménech J, Del Campo M. Palmar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb: a case report. *J Hand Surg* 1996; 21A:687-92.
14. Cederna JP. Volar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *Annal Plast Surg* 1993; 31:560-2.
15. Alioto RJ, Pellegrini VD. Complex palmar dislocation of the thumb metacarpophalangeal joint. A case report demonstrating paradoxical function of the extensor pollicis longus. *Clin Orthop Relat Res* 1993; 296:118-21.
16. Beck JD, Klena JC. Closed reduction and treatment of two volar thumb metacarpophalangeal dislocations: report of twocases. *J Hand Surg Am* 2011; 36:665-9.
17. McLaughlin HL. Complex "locked" dislocation of the metacarpophalangeal joints. *J Trauma* 1965; 5:683-8.
18. Dutton RO, Meals RA. Complex dorsal dislocation of the thumb metacarpo-phalangeal joint. *ClinOrthop* 1982; 164:160-4.
19. Green DP, Terry GC. Complex dislocation of the metacarpophalangeal joint: correlative pathological anatomy. *J Bone Joint Surg (Am)* 1973; 55-A:1480-6.
20. Coonrad RW, Goldner JL. A study of the pathological findings and treatment in soft-tissue injury of the thumb metacarpophalangeal joint with a clinical study of the normal range of motion in one thousand thumbs and a study of post mortem findings of ligamentous structures in relation to function. *J Bone Joint Surg (Am)* 1968; 50A:439-51.
21. Smith RJ. Post-traumatic instability of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *J Bone Joint Surg (Am)* 1977; 59-A:14-21.

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.