

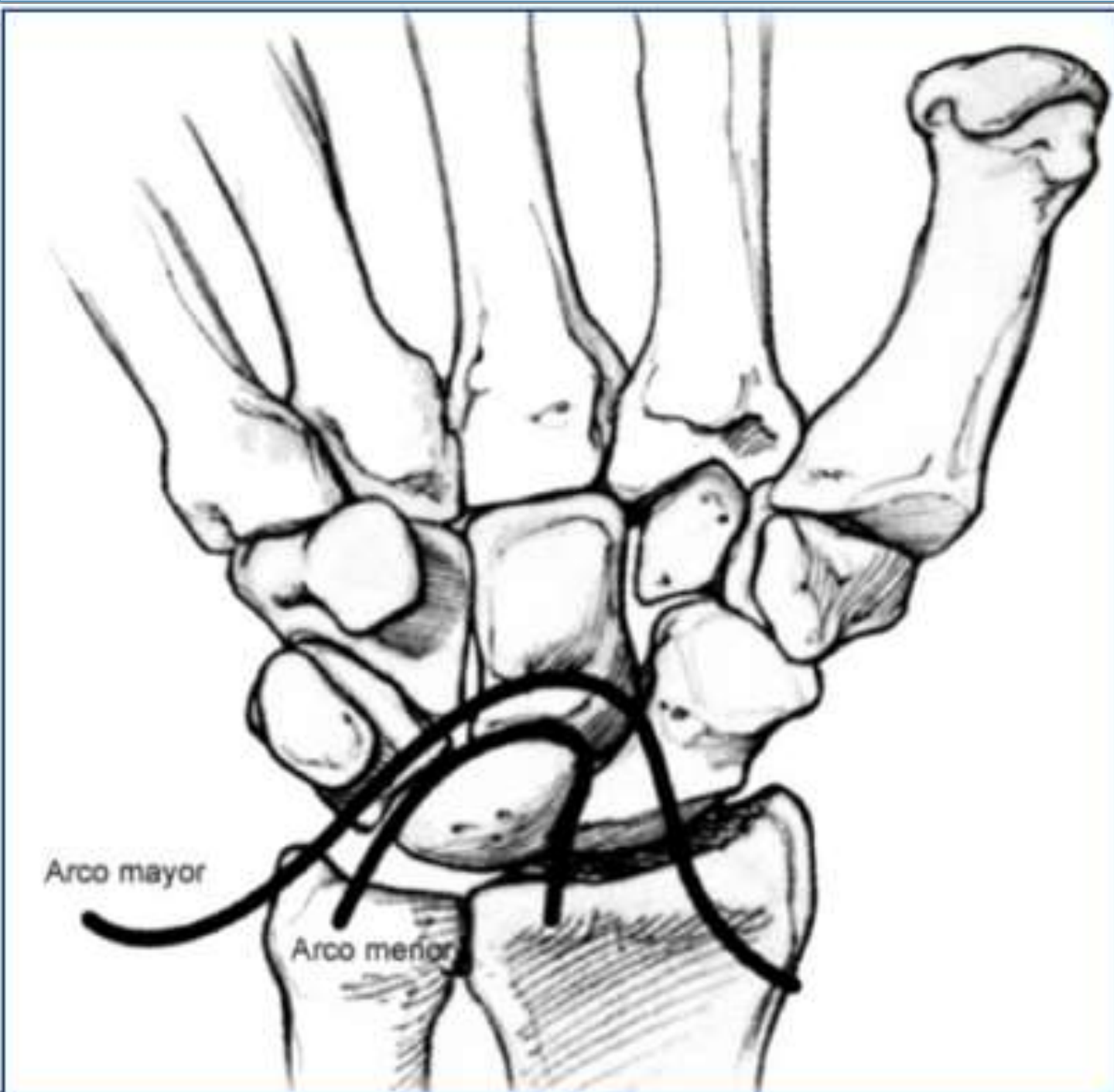
LUXACIONES Y FRACTURAS-LUXACIONES DEL CARPO

- MECANISMO LESIONAL, CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO -

Andrea Sanz Dehesa, Juan González Herrero, Joaquín Picazo Belinchón, David Sánchez López, Diego Palomino Nieto.
Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS -

Las luxaciones y fracturas-luxaciones carpianas no son lesiones frecuentes. Suponen un 7-10% de las lesiones carpianas, siendo las fracturas-luxaciones el doble de frecuente que las luxaciones. El objetivo de este trabajo es entender el mecanismo lesional de este tipo de patología, la consiguiente clasificación y las distintas opciones de tratamiento de las que se disponen, reduciendo así la muñeca degenerativa de origen carpiano.



- CLASIFICACIÓN Y MECANISMO LESIONAL-

Entendiendo las zonas de vulnerabilidad carpiana delimitadas por los dos arcos del carpo, se considera al semilunar como la “piedra angular del carpo”. De esta forma, una de las clasificaciones más aceptadas es:

- Luxaciones perilunares
- Fracturas-luxaciones perilunares
- Luxaciones aisladas de los huesos del carpo

- Luxaciones perilunares -

Siguen un patrón lesional descrito por Mayfield, caracterizado por 4 fases, afectando sólo a los ligamentos (lesiones del arco menor, sin fracturas):

- Fase 1: disociación del escafoides por lesión del ligamento escafolunar
- Fase 2: luxación mediocarpiana (el hueso grande se luxa dorsalmente con respecto al semilunar, con lesión de ligamentos extrínsecos)
- Fase 3: lesión del ligamento lunopiramidal
- Fase 4: luxación volar del semilunar a través del espacio de Poirier

- Fracturas-luxaciones perilunares -

Las lesiones ligamentosas se sustituyen por fracturas en algún punto del arco mayor. En función de si la fuerza afecta al escafoides o a la estiloides radial, ésta suele ser la primera lesión:

- Transestilo- o transescafo-
- Fase 1 + luxación transcapitate (transescapitotranscapitate o síndrome de Fenton)
- Fase 2 + luxación transpiramidal +/- lesión del ganchoso

- TRATAMIENTO Y CONCLUSIÓN-

❖ Si hay lesión ligamentosa pura: reducción cerrada y fijación percutánea con agujas de Kirschner (articulaciones escafosemilunar, escafogrande y lunopiramidal).

❖ Si la reducción anatómica no es posible: reducción abierta, reparación ligamentosa directa y fijación interna. Además, inmovilización y retirada de AK a las 6-8 semanas, en ambos casos.