

LUXACIÓN ABIERTA RADIOCARPIANA

Vieitez Riestra, I.
Montañez Ruiz, M.
De La Puerta Migueles, L.
García Meléndez, G.
Palacios Penedo, S.

OBJETIVO

Se presenta el caso de una luxación radiocarpiana (LRC) abierta asociada a sección tendinosa.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN CLÍNICA

Paciente de 22 años sin AP de interés. Sufre traumatismo en MSD por accidente de moto. A la exploración presenta **Luxación radiocarpiana abierta tipo IIIA de Gustilo y II de Moneim**.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se procede de urgencias a exploración quirúrgica, realizando lavado profuso de la herida, observándose el extremo distal del radio y semilunar expuestos. Se realiza ampliación distal la herida, apertura por planos a través del ligamento volar del carpo identificando el nervio mediano, arterias radial y cubital conservados. Se aprecia arrancamiento muscular del flexor superficial (FS) del 2º y 3º dedo y del flexor profundo (FP) de los dedos.

Se procede a la reducción de la luxación y fijación mediante 3 agujas Kirschner (escafo-lunar, escafo-grande y luno-piramidal). Posteriormente se estabiliza con un fijador externo. Tras esto, se realiza sutura de los FS de 2º y 3º dedo al FS del 4º dedo y del FP 2º dedo al flexor común profundo de los dedos y reanclaje de la cápsula articular anterior.

EVOLUCIÓN

La evolución de la herida quirúrgica y el control radiográfico postoperatorio fueron satisfactorios así como la funcionalidad.

Moneim et al. (1985)	Tipo de lesión	Tratamiento
Tipo 1	Luxación ARC pura	Reducción cerrada + inmovilización
Tipo 2	Luxación ARC + intercarpiana	Reducción abierta + reparación ligamentos del carpo lesionados

RESULTADOS

Encontrarnos ante una luxación abierta grado IIIA de Gustilo, nos obliga a realizar tratamiento quirúrgico urgente de la lesión, sin tener en cuenta el tipo de luxación. En nuestro caso, la vía de abordaje está condicionada por la solución de continuidad, mientras que en las cerradas dependiendo del tipo de lesión se preferirá un abordaje anterior o posterior.

A su vez cabe recalcar que dentro de la poca frecuencia de las LRC, es aún más extraño encontrar el semilunar anclado al radio como en nuestro caso, no encontrando ninguno descrito similar en la literatura.

CONCLUSIONES

- En las LRC tipo I de Dumontier y Moneim está indicada una reducción cerrada e inmovilización, comprobando la estabilidad posterior de la articulación mientras que en las tipo II, la indicación quirúrgica es el tratamiento de elección por la inestabilidad que conlleva la rotura de los ligamentos del carpo.
- Las luxaciones radiocarpianas son muy infrecuentes, ocupando un 0,2% de todas las luxaciones siendo el mecanismo de lesión traumatismos de alta energía.