

Caso clínico

Luxación radiocarpiana bilateral con fractura de estíloides radial. Reporte de un caso

Orozco V,* Orozco A**

Clínica Magisterial Siglo XXI Unidad Caborca

RESUMEN. *Introducción:* La luxación radiocarpiana es una lesión poco común por lo que los casos descritos son limitados. Por lo general el curso de la lesión con tratamiento adecuado es favorable. *Caso clínico:* Se presenta un paciente masculino de 21 años de edad quien sufre luxación radiocarpiana y fractura de apófisis estíloides radial de ambas muñecas. Se trató con reducción cerrada y fijación externa. La evaluación a 3 meses con resultados favorables. *Discusión:* El presente caso corresponde a uno de los pocos casos reportados similares por ser patología poco común y aún menos frecuente por tratarse de lesión en ambas muñecas.

Palabras clave: mano, dislocación, fractura, hueso escafoides, radio.

ABSTRACT. *Introduction:* Radiocarpal dislocation is a rare injury and thus the number of cases described is limited. The course of the injury is favorable when the treatment provided is appropriate. *Clinical case:* A 21 year-old male patient who sustained radiocarpal dislocation and fracture of the radial styloid process in both wrists. He was treated with closed reduction and external fixation. The evaluation at 3 months showed favorable results. *Discussion:* This case is one of the few similar cases reported because it is an uncommon pathology and it is even less frequent because the injury involves both wrists.

Key words: hand, dislocation, fracture, scaphoid bone, radius.

Introducción

Las luxaciones radiocarpianas son lesiones muy raras, representando solamente el 0.2% de todas las luxaciones¹ siendo más frecuentes en dicha zona las luxaciones intercarpianas, radiocubital distal, metacarpofalángicas y las interfalángicas. Pueden o no acompañarse de fracturas de apófisis estíloides de radio y/o cúbito y ocasionalmente de fracturas marginales de radio (fracturas de Barton). Por lo general son lesiones asociadas a traumatismos de alto im-

pacto donde generalmente el paciente no puede definir de manera exacta el mecanismo de lesión.²

Al estar asociadas a traumas de alto impacto, los pocos casos reportados corresponden a pacientes de sexo masculino^{3,4} aunque en la actualidad tanto hombres como mujeres están sujetos casi al mismo tipo de trauma: accidentes automovilísticos.⁵⁻⁷

Se realizó una revisión de la literatura encontrando muy poca información de este tema en específico, siendo más común los informes en relación a lesiones radiocubitales, intercarpianas y otras de la mano;⁸ así mismo, se realizó revisión de casos reportados, encontrando muy pocos.^{3-5,9} Ninguno de los casos reportados se trata de lesión en ambas muñecas.

Nivel de evidencia: V (Act Ortop Mex, 2010)

* Jefe de Servicio Ortopedia Clínica Magisterial Siglo XXI Unidad Caborca

** Adscrito al Servicio Ortopedia Clínica Magisterial Siglo XXI Unidad Caborca

Dirección para correspondencia:

Dr. Víctor Orozco

Álvaro Obregón 151 Col. Centro C.P. 83690 Caborca, Son.

Tel. 01 637 372 5300

E-mail: drvictororozco@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actaortopedia>

Caso clínico

Se presenta paciente masculino de 28 años, obrero sin antecedentes patológicos de importancia para su padecimiento actual.

Inició su padecimiento 2 horas antes de su valoración inicial al empujar un automóvil en una pendiente por su parte trasera ejerciendo una carga excesiva en muñecas estando en extensión, presentando de manera súbita deformidad en ambas muñecas, dolor severo e incapacidad funcional por lo cual acude a su revisión.

En la exploración inicial se aprecia deformidad en dorso de tenedor de ambas muñecas, aumento de temperatura y cambios en coloración de tipo isquémico en ambas manos, dolor severo e incapacidad funcional.

Se tomaron radiografías anteroposterior y lateral de muñecas evidenciando luxación radiocarpal dorsal y fractura de apófisis estiloides radial y cubital en ambas muñecas (*Figuras 1 a 4*).

Ingresa a quirófano urgente, realizando bajo anestesia general balanceada maniobras de tracción y contratracción para reducción cerrada de ambas luxaciones, mejorando las condiciones locales en cuanto a temperatura y coloración, procediendo a realizar fijación percutánea de ambas apófisis estiloides de radio con clavo Kirschner e inmovilización de muñecas con fijadores externos (*Figuras 5 a 8*).

Se retiraron fijadores y clavillos Kirschner a las 6 semanas (*Figuras 9 y 10*). Posteriormente se incorporó a un programa de Terapia Física y Rehabilitación para mejorar rangos de movimiento valorando nuevamente al término de ésta.

A las 12 semanas de la lesión el paciente presenta rangos de movimiento completos, niega dolor. Se incorporó a sus actividades cotidianas sin restricción alguna.

Discusión

Generalmente se les llama luxación de muñeca a aquellas que abarcan a lesiones intercarpianas, ya que la luxación radiocarpiana es realmente rara, aún más rara es la lesión de ambas muñecas. Casi siempre tanto las luxaciones puras, así



Figura 1. Radiografía anteroposterior muñeca derecha prequirúrgica.



Figura 2. Radiografía lateral muñeca derecha prequirúrgica.



Figura 3. Radiografía anteroposterior muñeca izquierda prequirúrgica.



Figura 4. Radiografía lateral muñeca izquierda prequirúrgica.



Figura 5. Radiografía anteroposterior muñeca derecha postquirúrgica.



Figura 6. Radiografía lateral muñeca derecha postquirúrgica.



Figura 7. Radiografía anteroposterior muñeca izquierda postquirúrgica.



Figura 8. Radiografía lateral muñeca izquierda postquirúrgica.



Figura 9. Radiografía muñeca derecha al retirar fijación.



Figura 10. Radiografía muñeca izquierda al retirar fijación.

como las fracturas-luxaciones son consecuencia de eventos traumáticos de alta energía donde el paciente desconoce el mecanismo exacto de la lesión, no así en el caso presentado. Por lo general, las luxaciones son dorsocubitales como en nuestro caso presentado. El tipo de luxación depende de la posición de la muñeca al momento de la lesión que puede ser en una flexión o extensión máxima, posteriormente someterse a un sobreesfuerzo y lesión de alta energía.¹⁰

Puede presentarse compromiso vascular y neurológico por lo que está indicado el tratamiento urgente para la luxación, aun cuando en segundo tiempo se realice la estabilización de la fractura en caso de presentarse.

El tratamiento por lo general es reducción cerrada y estabilización percutánea de fractura en caso de presentarse; la muñeca se inmoviliza en flexión o extensión según la luxación; la mayoría de las veces se utiliza yeso como dispositivo inmovilizador, en este caso se decidió utilizar fijador externo a ambas muñecas y la fijación percutánea de ambas fracturas de estíloides radial.

Este tipo de lesiones pueden acompañarse también de lesiones intercarpianas (tipo 2) en nuestro caso es sólo lesión de articulación radiocarpal (tipo 1) con fractura de estíloides cubital y radial.¹¹

Se ha visto que al presentarse fractura de apófisis estíloides radial o marginales de Barton, aumenta considerablemente la inestabilidad por lo que la fijación adecuada de la

misma es parte integral del tratamiento mejorando el pronóstico funcional.

En ningún reporte revisado hubo fracturas de apófisis estíloides de cúbito; nosotros lo tratamos de manera conservadora.^{3,4,6}

Bibliografía

1. Dunn EW: Fractures and dislocations of the carpus. *Surg Clin North Amer* 1972; 52: 1513.
2. Buchholz RW, Hechman JD: Fracturas en el adulto. Rockwood and Greens. Quinta edición. Madrid España, Marbán libros SL, 2003; 2: 749-66.
3. Bilos J, Pancovich AM, Yelda S: Fracture dislocation of the radiocarpal joint. *J Bone Joint Surg* 1977; 59A: 198.
4. Weiss C, Laskin RS, Spinner M: Irreducible radiocarpal dislocation. A case report. *J Bone Joint Surg* 1970; 52A: 562-4.
5. Fahey JH: Fractures and dislocations about the wrist. *Surg Clin North Amer* 1957; 37: 19-40.
6. Rosado AP: Dislocation of the wrist: A case. *J Bone Joint Surg* 1966; 48A: 504-6.
7. Le Nen D, Riot O, Caro P, Le Fevre C, Courtois B: Luxation-fractures of the radiocarpal joint. Clinical study of 6 cases and general review. *Ann Chir Main Memb Super* 1991; 62(4): 397-8.
8. Terry C, Daugherty K, Jones L: Campbell cirugía ortopédica, décima edición, Madrid España, Elsevier España SA, 2004; 4: 3543-601.
9. Böhler L: Verrenkungen der Handgelenke. *Acta Chir Scand* 1930; 67: 154-77.
10. Gomar F: Traumatología. Miembro superior. Valencia, 1980: 1441-71.
11. Moneim MS, Bolger JT, Omer GE: Radiocarpal dislocation. Classification and rationale for management. *Clin Orthop* 1985; 192: 199-209.