

PRESENTACIÓN DE CASO

Luxación aislada del escafoide

Isolated dislocation of the scaphoid

Pablo Oquendo Vázquez, Yovany Ferrer Lozano, Yaima Duque Alfonso, Yanett Morejón Trofimova

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Territorial Docente "Julio M Aristegui Villamil". Cárdenas, Cuba.

RESUMEN

El funcionamiento armónico de la mano desempeña un papel fundamental para el desarrollo de la vida del hombre. En la sociedad moderna las lesiones a este nivel, a pesar de su baja incidencia, son causa frecuente de discapacidad funcional.

Se presenta un paciente de piel blanca, masculino, de 38 años, atendido tras un trauma de alta energía con hiperflexión forzada de la muñeca secundaria al mismo. Se diagnosticó una luxación aislada del escafoide que se reduce bajo anestesia con ayuda del intensificador de imágenes. Se inmoviliza con férula braquial, tomando primer dedo, por seis semanas y posteriormente comienza proceso de rehabilitación. El tratamiento oportuno y adecuado de la patología mencionada es indispensable para obtener los mejores resultados, en la recuperación funcional.

Palabras clave: Escafoide, luxación, trauma alta energía.

ABSTRACT

The smooth functioning of the hand plays a key role for the development of human life. In modern society, injuries at this level, despite their low incidence, are a frequent cause of disability. A white male patient, aged 38 is presented here. He was assisted after a high-energy trauma, forced high wrist hyperflexion. An isolated dislocation of the scaphoid was diagnosed, which is reduced under anesthesia using the image intensifier. It is immobilized with brachial splint, taking first finger for six weeks and then rehabilitation process. Timely and adequate treatment of this disease is essential to get the best results in functional recovery.

Keywords: scaphoid, dislocation, high-energy trauma.

INTRODUCCIÓN

El funcionamiento armónico de la mano desempeña un papel fundamental para el desarrollo de la vida del hombre. En la sociedad moderna las lesiones a este nivel, a pesar de su baja incidencia, son causa frecuente de discapacidad funcional.

En 1956 Fenton describe el síndrome navículo-capitate y Campell enumera los criterios quirúrgicos para las fracturas luxaciones del carpo. Fisk, en 1970, relaciona la estabilidad carpiana con la integridad de los ligamentos y en 1972 Linscheid, basado en estudios de cadáveres, define la inestabilidad carpiana, relacionada con la inserción de los ligamentos intrínsecos o extrínsecos, como una entidad clínica.¹

Las fracturas-luxaciones del carpo no son muy frecuentes. Ocurren generalmente por traumatismos de alta energía, o caídas con la mano en hiperextensión. Pueden pasar inadvertidas en la fase aguda y transformarse en lesiones crónicas.²

El escafoides es el hueso más grande de la fila proximal del carpo y se considera clave para la estabilidad entre la fila proximal y distal del mismo. Anatómicamente se divide en tres partes: el polo proximal que se articula con el radio, la cintura que está socavada por el ligamento radio-escafoides grande en la superficie palmar y en la superficie dorsal está dividida por una cresta espiral longitudinal donde se inserta la cápsula articular, y su parte distal que se llama tubérculo, el cual tiene las articulaciones para el trapecio y el trapecioide y da lugar a inserciones para ligamentos importantes.³

La luxación aislada del escafoides es una lesión rara, a pesar del aumento de las lesiones traumáticas de alta energía. Las características anatómicas de dicha articulación, los ligamentos extrínsecos e interóseos, junto con la estabilidad proporcionada por los tendones extensores y flexores, condicionan la rareza de esta luxación.

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentamos a un paciente de piel blanca, masculino, de 38 años de edad, sin antecedentes de salud de importancia, que es atendido en el Servicio de Urgencias tras haber sufrido un accidente del tránsito, recibiendo durante la caída de su motocicleta un traumatismo directo sobre la mano derecha, con hiperflexión forzada de la muñeca secundaria al mismo.

Al examen físico se constató gran inflamación en la cara dorsal de la mano derecha, dolor y sensibilidad a lo largo de la porción dorsal de la articulación radiocarpiana y el área escafoperilunar, edema, limitación e incapacidad funcional absoluta para realizar la flexo extensión de las falanges.

El test para escafoides de Watson y Black resultó positivo.

Se realizaron radiografías dorsopalmar, y lateral, apreciándose una pérdida de la relación anatómica del escafoideas en relación con el radio, la primera y segunda filas del carpo (Fig. 1).



Fig. 1. Luxación aislada de escafoideas. **A:**Vista dorso-palmar. **B:**Vista lateral.

Con el diagnóstico de luxación aislada del escafoideas el paciente fue hospitalizado. Se lleva a Unidad quirúrgica y se realiza maniobra de reducción bajo anestesia, con abducción radial y extensión (Fig. 2). Se coloca férula braquial tomando el primer dedo en oposición. A las cuatro semanas se libera el primer dedo y coloca férula antebraquial y comienza el proceso de rehabilitación a las seis semanas de evolución.



Fig. 2. Control radiográfico después de la reducción.

DISCUSIÓN

La disposición anatómica y biomecánica de la muñeca favorecen la aparición de lesiones complejas, algunas de ellas poco comprendidas aún en su totalidad.

El movimiento a este nivel es el resultado de la interacción y suma de los movimientos individuales de cada uno de los huesos del carpo. La fila distal del carpo se mueve como una unidad. Los huesos de la fila proximal, menos unidos entre sí, también se mueven sinérgicamente, actuando como un segmento intercalado entre la fila distal del carpo y el radio, donde el escafoídes es el hueso clave para el movimiento de la muñeca.³

El movimiento de la articulación mediocarpal y radiocarpal proporciona sólo un tercio del movimiento de la muñeca, los dos tercios restantes, cerca de 60 % de la flexión, ocurren en la articulación semiluno-hueso grande. En el movimiento de la parte lateral del carpo más de dos terceras partes del movimiento total ocurren en el intervalo radioescafoideo.⁴

La articulación distal del escafoídes se encuentra en posición palmar con respecto a la articulación proximal, lo que produce que durante la flexión el escafoídes tenga un momento de flexión con carga axial hacia la muñeca. La hiperflexión, en el caso que presentamos, fue la causa de ruptura de la meso-capsula o ligamento de Testut (ligamento radio-escafo-semilunar), el complejo ligamentoso dorsal y la posterior luxación.

Mayfield⁴ describe que el complejo ligamentoso escafolunar está afectado en un porcentaje elevado de todas las fracturas-luxaciones del carpo.

El mecanismo de este tipo de lesiones encontrado en la literatura^{1,2,5} es debido a un trauma directo de alta energía, con hiperextensión de la muñeca, contrario a la hiperflexión que recibió nuestro paciente.

La evaluación radiográfica inicial debe incluir proyecciones simples: posteroanterior (PA), lateral y oblicua con rotación de la muñeca a 45°, además se puede agregar una cuarta proyección: PA con desviación cubital.⁶ Cuando a pesar de la clínica no se demuestra lesión inicial es importante realizar una radiografía comparativa de la muñeca no lesionada.

La vista lateral muestra el alineamiento completo del carpo y ayuda a diagnosticar lesiones ligamentosas del semilunar (inestabilidad dorsal intercalar escafo-semilunar) o la presencia de fractura luxación escafo-semilunar.

Lo más importante del tratamiento es la reducción y su mantención. La reducción debe realizarse de manera precoz, a cielo cerrado, con ayuda del intensificador de imágenes. Si este proceder fracasara se tratará en forma abierta.

El tratamiento oportuno y adecuado de la patología mencionada es indispensable para obtener los mejores resultados, en la recuperación funcional.

No existen conflictos de intereses. Todos los autores están de acuerdo con el informe final y los resultados de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A, Figueroa F. Fractura-luxación carpometacarpiana múltiple. *Act Ortop Mex.* 2009; 23(3):149-52.
2. Lamas C, Llusa M. Luxaciones infrecuentes del carpo. *Rev Ortop Trauma.* 2002; 3:240-5.
3. Wolfe S. Fractures of the carpus: scaphoid fractures. In: Berger RA, Weiss APC. ed. *Hand surgery*, Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2004:381-408.
4. Camacho J. Anatomía del escafoideas. *Ortho-tips.* 2007; 3(4):217-26.
5. Rodríguez M, Barragán R. Fracturas-luxaciones del carpo. *Patología del aparato locomotor.* 2004; 2(1):11-5.
6. Espinosa A, Ramírez G. Diagnóstico por imagenología de las fracturas de escafoideas. *Ortho-tips.* 2007; 3(4): 231-7.

Recibido: 8 de febrero de 2015.

Aprobado: 21 de marzo de 2015.

Yovany Ferrer Lozano. Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Hospital Territorial Docente "Julio M Aristegui Villamil". Cárdenas, Cuba.

Correo electrónico: yflozano.mtz@infomed.sld.cu