

# Fractura-separación sagital y luxación del ganchoso tratada mediante doble abordaje.

María Tíscar García Ortiz, María Dolores Fernández Ruiz, Luis Díez Albero, Juan Pedro Martínez Hurtado, Eva Rebate Nebot(\*), Antonio Jover Carrillo(\*).

(\*) UNIDAD DE REFERENCIA MANO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE.

## INTRODUCCIÓN

Las fracturas-luxación carpo-metacarpiana suponen menos del 1% de las fracturas carpianas. El subtipo de fractura de ganchoso por hendidura sagital en plano coronal, con separación volar y dorsal de los fragmentos, y conminución de la base del 4º y 5º metacarpiano, con pérdida de congruencia proximal y distal es excepcional (tipo IIID – Lee).

## OBJETIVOS

Exposición del caso. Diagnóstico. Planificación quirúrgica. Tratamiento con doble abordaje. Valoración de resultados clínicos y radiológicos.

## MATERIAL Y MÉTODO

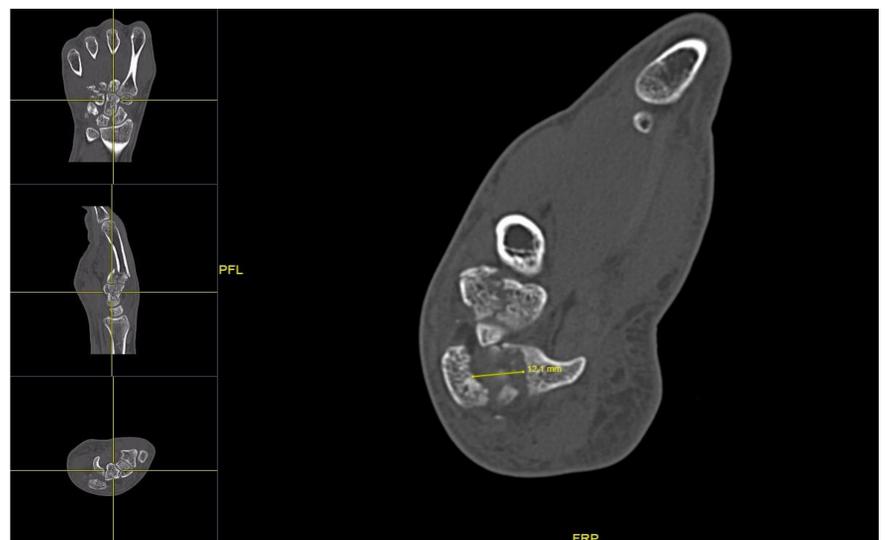
Varón 18 años. Traumatismo alta velocidad mano derecha por caída con monopatín. Dolor y deformidad dorsal del carpo derecho. Hematoma palmar. Movilidad de dedos sin déficit neurológico.

Radiografía AP/Oblicua. TAC con reconstrucción tridimensional para planificar quirúrgica y medición.

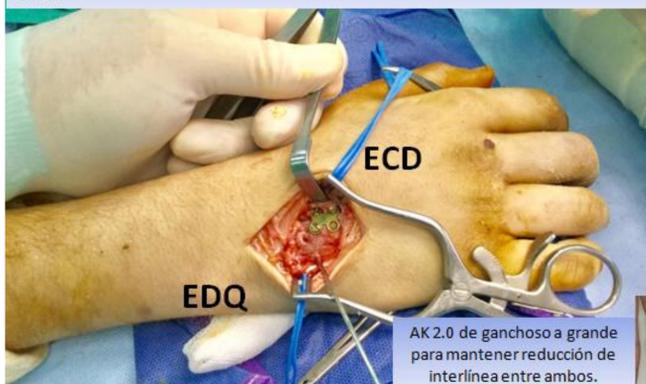
Abordaje dorsal sobre ganchoso. Referencia ECD y EDQ. Artrotomía en U de base proximal con exposición de línea articular ganchoso-grande y ganchoso-MC4. AK ganchoso-grande para mantener reducción de interlínea entre ambos. Compresión de la base del MC para reducir la luxación. Mini-placa en H (4 orificios) colocando 2 tornillos proximales, uno en Grande y otro en Ganchoso. Resto de placa actúa como consola soporte y mantiene la reducción de la luxación CMC. Abordaje volar mediante incisión longitudinal sobre eminencia hipotenar. Agujas en gancho orientadoras. Presión directa del gancho para cerrar el foco y fijación con tornillo de 26 mm volar-dorsal. En el dorso se coloca tornillo ganchoso-grande de cubital a radial.

## RESULTADOS

A los 10 meses, se obtiene un resultado satisfactorio objetivo y subjetivo. Ausencia de dolor. Movilidad de muñeca sin limitación en flexión y pronosupinación. Leve déficit de flexión dorsal de unos 10º. Fuerza de presión máxima con sistema Jamar de puño de 40 Kg.



Mini-placa en H 4 orificios: 2 tornillos proximales, H.Grande y H.Ganchoso. Resto de la placa: soporte para el mantenimiento de la reducción de luxación CMC.



AK 2.0 de ganchoso a grande para mantener reducción de interlínea entre ambos.

## CONCLUSIONES

Las fracturas del ganchoso son lesiones poco frecuentes que pueden pasar desapercibidas en Urgencias. Es importante su diagnóstico precoz con radiografías oblicuas y/o TAC en caso de duda.

El tratamiento quirúrgico con RAFI es preferido en lesiones inestables y complejas. El uso de placa soporte ofrece una solidez sobre la que montar el resto de fragmentos. Un tornillo a compresión se hace necesario si existe desplazamiento volar del fragmento. La complejidad de la fractura aconseja su tratamiento por unidades especializadas en mano.

