

FRACTURA COMPLEJA DEL PRIMER RADIO POSTERIOR A COMPRESIÓN AXIAL

Jiménez de Cisneros Gutiérrez. A; Álvarez Fernández. A; Galindo Flores. MF.
Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El hueso más móvil de la fila distal del carpo es el trapecio, cuyas fracturas son infrecuentes y pueden asociarse a otras lesiones como fractura-luxación de Bennet, de Rolando o incluso, de escafoides. Es importante la sospecha ya que pueden pasar desapercibidas y su tratamiento tardío podría conllevar alteraciones funcionales del pulgar. Pretendemos presentar el manejo terapéutico de un caso de fractura de trapecio conminuta asociada a fractura-luxación de Bennet.

RESULTADOS

Tras 6 semanas de evolución, el paciente no presenta dolor, complicaciones locales o sistémicas y presenta balance articular completo. La fuerza de la pinza lateral fue solo un 5% menor a la contralateral, igualándose las fuerzas a los 2 meses postoperatorios.

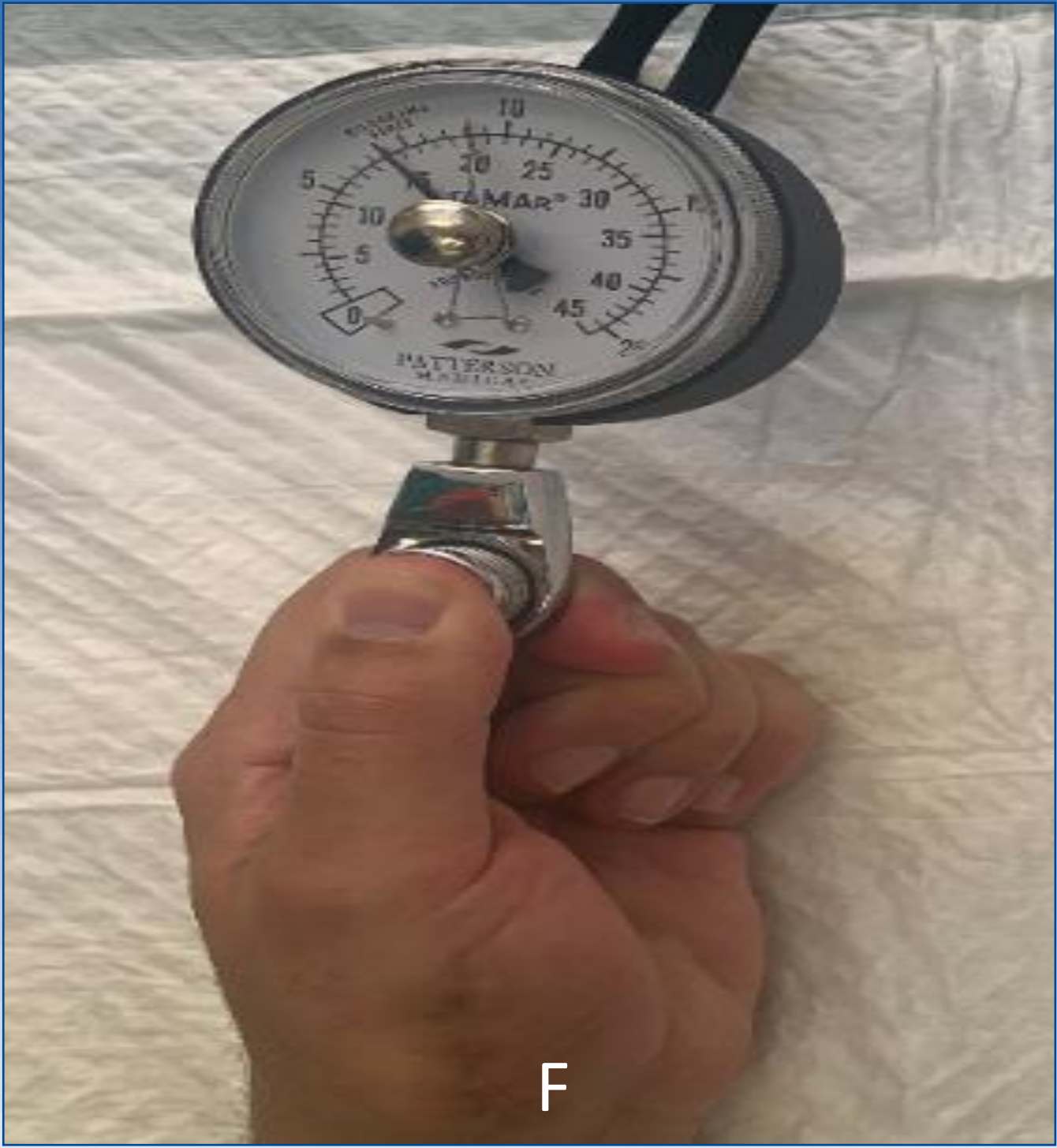
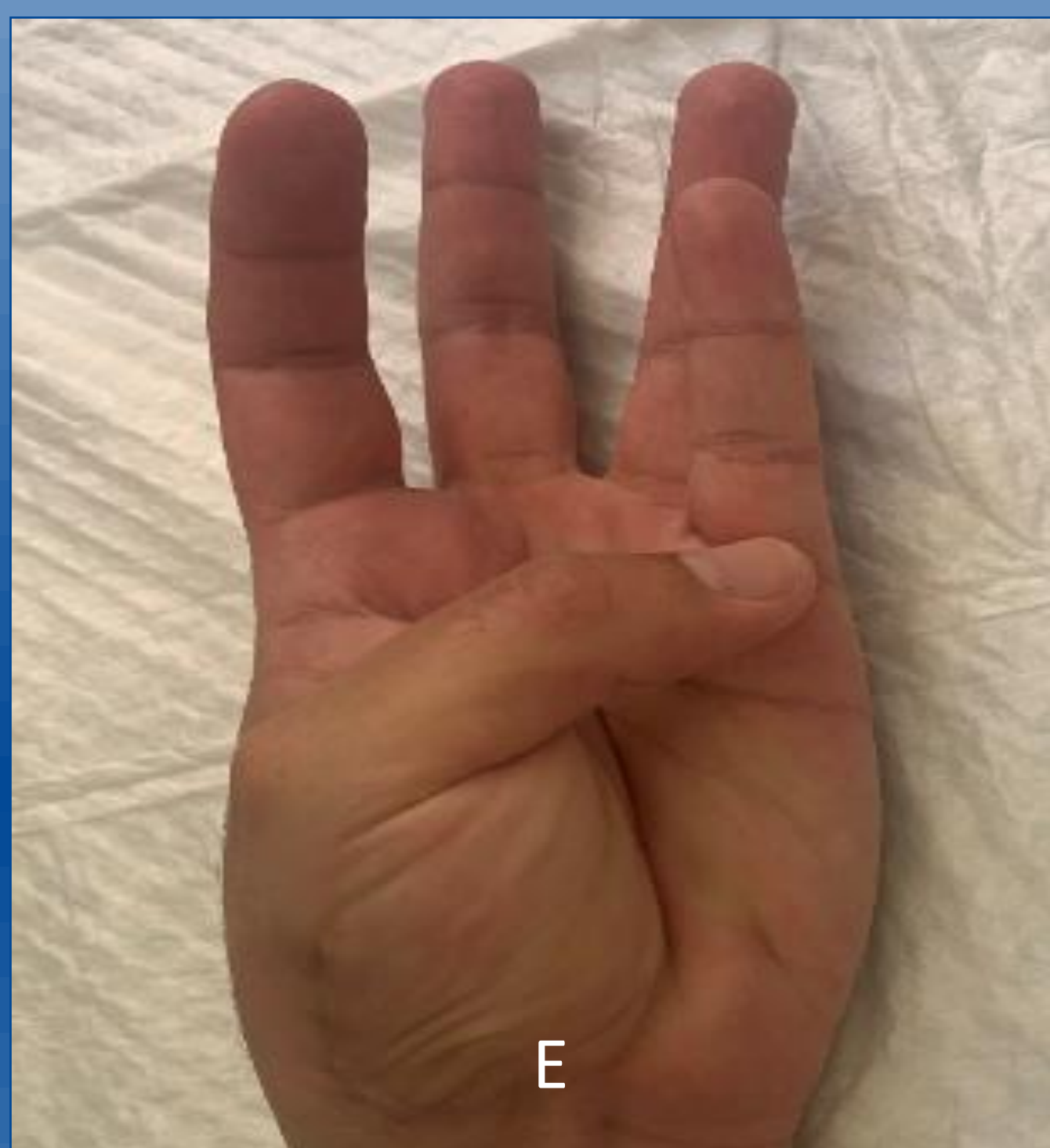
MATERIAL Y MÉOTODOLOGÍA

Varón de 38 años, que acude a urgencias por dolor en primer dedo de mano izquierda tras caída con patinete. A la exploración física se aprecia prominencia dorsorradial de primer dedo, en adducción y supinado. Neurovascular distal conservado.

En la radiografía: fractura-luxación de Bennet asociada a fractura conminuta de hueso trapecio.

Tras inmovilización se realiza TAC, informado de fractura-luxación de Bennet asociada a fractura conminuta de trapecio.

Se realizó bajo control de escopia, reducción abierta y fijación interna mediante abordaje de Wagner; sintetizándose la fractura de Bennet con dos tornillos y posteriormente, la fractura de trapecio con otros dos tornillos, reinsertándose finalmente el *Abductor Pollicis Longus* con sutura de anclaje. Se inmovilizó con férula protectora 2 semanas.



Las imágenes A, B y C corresponden a la reconstrucción 3D de la lesión, TAC y radiografía simple preoperatoria respectivamente. A la derecha, imágenes D, E y F correspondientes a radiografía a las 6 semanas después de la cirugía, la movilidad y fuerza de la pinza.

CONCLUSIÓN

La fractura de trapecio representa un 3-5% de las fracturas del carpo y su mecanismo de lesión principal es la compresión axial con primer dedo en flexión. Walker las clasificó en 5 tipos dependiendo del trazo de fractura, correspondiéndose el tipo V con la fractura conminuta del cuerpo, como en el caso presentado. No hay estudios con suficiente evidencia como para establecer un protocolo de actuación para la fractura de trapecio tipo V, sugiriéndose la reducción cerrada y fijación percutánea con agujas Kirschner como un método estable para mantener la longitud y permitir la curación de partes blandas de forma mínimamente invasiva; no obstante, el caso presentado asociaba fractura de Bennet, inestable por definición, optando por reducción abierta y fijación interna de la misma, consiguiendo finalmente restablecer también la articulación trapeciometacarpiana, mantener la fractura reducida y buenos resultados funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gibney B, Murphy MC, Ahern DP, Hynes D, MacMahon PJ. Trapezium fracture: a common clinical mimic of scaphoid fracture. Emergency Radiology (2019) 26:531-540. DOI <https://doi.org/10.1007/s10140-019-01702-2>.
2. Kose O, Keskinbora M, Guler F. Carpometacarpal dislocation of the thumb associated with fracture of the trapezium. J Orthopaed Traumatol (2015) 16:161-165. DOI 10.1007/s10195-014-0288-9
3. Alonso L, Couceiro J. Comminuted Fracture of the Body of the Trapezium and Thumb Carpometacarpal Dislocation: A particular Pattern. Surg J 2018;4:e34-e36. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1632406>.