

## Introducción

Las fracturas de trapecio representan un 2-5% de las fracturas del carpo. Su asociación con la fractura-luxación de Bennett es poco frecuente (15%). El diagnóstico puede pasar desapercibido y su detección precoz es esencial para evitar complicaciones (incapacidad por dolor, inestabilidad, artrosis trapeciometacarpiana precoz o pseudoartrosis).

## Objetivos

Revisar diagnóstico y manejo terapéutico de un caso clínico de fractura de trapecio con fractura – luxación de Bennett.

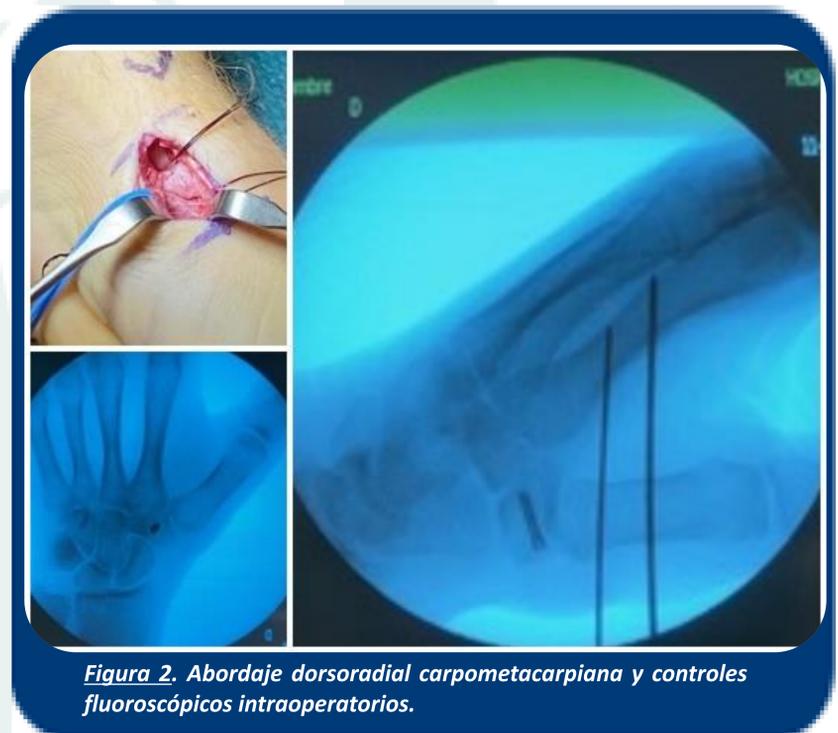
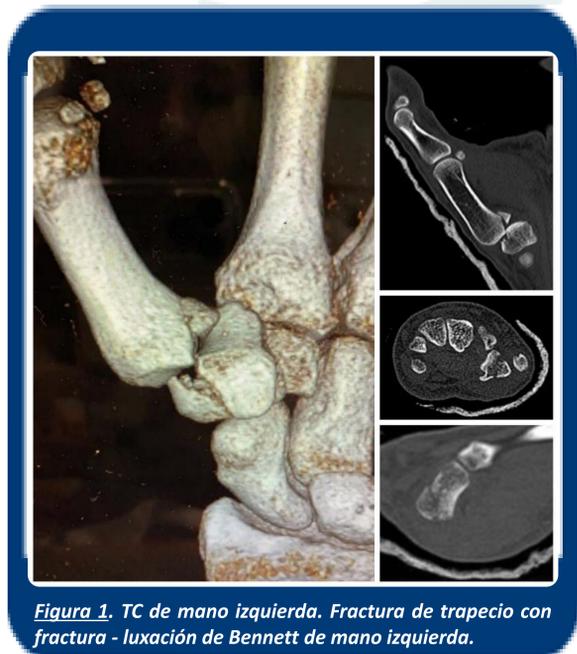
## Material y metodología

Se presenta el caso clínico de un varón de 28 años, diestro, estibador de profesión y aficionado al motociclismo, que acude a consulta con signos inflamatorios y dolor incapacitante en base de primer dedo de mano izquierda de días de evolución secundario a traumatismo mientras competía en circuito. Incapacidad para realizar pinza por dolor.

Se le realizó radiografía y TC de mano izquierda evidenciando una fractura vertical del trapecio (Walker IIb/Lang IV) asociado a una fractura luxación de la base del primer metacarpiano.

Se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó mediante abordaje dorsoradial de la primera articulación carpometacarpiana una reducción abierta y fijación interna de la fractura de trapecio con tornillo mini Acutrak (Acumed®). Se redujo la fractura-luxación metacarpiana y se fijó con dos agujas de Kirschner (AK) según la técnica de Iselin; inmovilizando el miembro con férula antebraquial volar con extensión a primer dedo.

Tras tres semanas se retira con las agujas e inmovilización.



## Resultados

A las seis semanas postquirúrgicas, el paciente refería un EVA 0 y DASH de 87 puntos. Movilidad: Abducción 70°, retropulsión 0°, flexión 60°, Kapandji 8. Fuerza de pinza termino-terminal 6,5 kg, pinza termino-lateral 8 kg, fuerza de puño (JAMAR) 40 kg.

## Conclusiones

La fractura de trapecio asociada a la lesión de Bennett es una lesión muy poco frecuente. El diagnóstico puede pasar desapercibido y sus secuelas condicionan la funcionalidad de la columna del pulgar. Es importante su sospecha clínica en traumatismos con carga axial y flexión del pulgar o fuerza de cizallamiento en el primer espacio intermetacarpiano. Es necesario complementar su estudio mediante TC para la identificación adecuada de la lesión. El patrón oro es el tratamiento quirúrgico mediante la reducción anatómica y la fijación interna con AK o tornillos de compresión.



## Bibliografía

<sup>1</sup>Amadio PC, Moran SL. Fracturas de los huesos del carpo. En: Green DP et al., editores. Green's Cirugía de la mano. Vol 1. 5ª ed. Nueva York, Nueva York (EEUU): Elsevier Inc.; 2007. 711-68.  
<sup>2</sup>Kosagi Sharaph R, Saseendar S, Shanmugasundaram S. Combined Bennett fracture dislocation and trapezium fracture: A rare case report. Cureus. 2019 Nov;11(11):1-8.  
<sup>3</sup>Goyal T. Bennett's fracture associated with fracture of trapezium - a rare injury of first carpo-metacarpal joint. World J Orthop. 2017;8:656-9.  
<sup>4</sup>Cuenca J, Martínez AA, Peguero A, Herrera A. Fracturas del trapecio: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Ortop Traumatol. 2007 Sep;51 Supl 1:134-7.