

“LUXACIÓN DE SEMILUNAR – A PROPÓSITO DE UN CASO”.

Autor: Sánchez García, A.

Coautores: Rodrigo Pérez, P; De La Rubia Ortega, C; López Reina J; Sánchez Delgado A
Departamento de Cirugía ortopédica y traumatología, HRUM.



INTRODUCCIÓN

- La luxación del semilunar es una lesión post traumática del carpo, que suele ocurrir tras traumatismos sobre la muñeca en extensión y desviación cubital, supinando de esta manera el carpo.

Este agente traumático genera una consecución de sucesos, entre los que se encuentran la ruptura de los diferentes ligamentos del carpo, que finalmente pueden generar la luxación del semilunar.

Dado que la luxación del semilunar puede estar asociada a lesiones ligamentosas, fracturas y su potencial riesgo de daño a nivel nervioso, es de radical importancia reconocer su presentación y conocer su manejo.

OBJETIVOS

- Estudiar la presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución de la luxación escafolunar a propósito de un caso observado en urgencias hospitalarias.
- Mostrar mediante imágenes detalladas nuestro abordaje del caso y el desarrollo de las complicaciones objetivadas.

CASO CLINICO

- Paciente de 46 años.
- Sin antecedentes de interés.
- Acude a urgencias por dolor a nivel de mano derecha tras traumatismo accidental por caída desde su propia altura.
- Exploración: tumefacción y deformidad en muñeca derecha asociando dolor e impotencia funcional franca. Neurovascular distal conservado en el momento de la exploración.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

- Se evidencia en imágenes radiológicas una luxación del semilunar Mayfield IV + luxación volar del carpo asociada.



Figura 1. Radiografía en área de urgencias.

- Se realiza intento de reducción cerrada en área de urgencias bajo sedación mediante la maniobra de Tabernier, siendo no satisfactorio para la reducción del semilunar.



Figura 2. Radiografía de control post intento de reducción cerrada.

- Se aprecia reducción radio-carpiana sin reducción del semilunar.
- Se decide, por lo tanto, debido a la reducción insuficiente y el potencial riesgo nervioso, llevar a paciente a quirófano de urgencias para realizar una reducción abierta de luxación y tratamiento definitivo de su patología.

CONCLUSIONES

- La luxación escafo-semilunar requiere como toda luxación un tratamiento emergente que consiste en la reducción.
- Aunque la reducción cerrada disminuye el daño al nervio mediano y cartílago articular, ésta nunca será el tratamiento definitivo, requiriéndose actitud quirúrgica debido a la alta tasa de recidiva.
- La técnica quirúrgica, de relativa dificultad, consistirá en una reparación abierta ligamentosa + fijación + liberación del túnel del carpo.
- El pronóstico dependerá de la rapidez de la reducción cerrada o abierta. Cabe recordar que la vuelta a la función previa a la lesión es poco probable, presentando menor fuerza prensil y rigidez.

QUIRÓFANO DE URGENCIAS 1ER TIEMPO

- Abordaje Henry ampliado con apertura de ligamento anular del carpo y disección por planos hasta visualizar hueso semilunar en 1/3 distal de antebrazo bajo nervio mediano (referenciado).

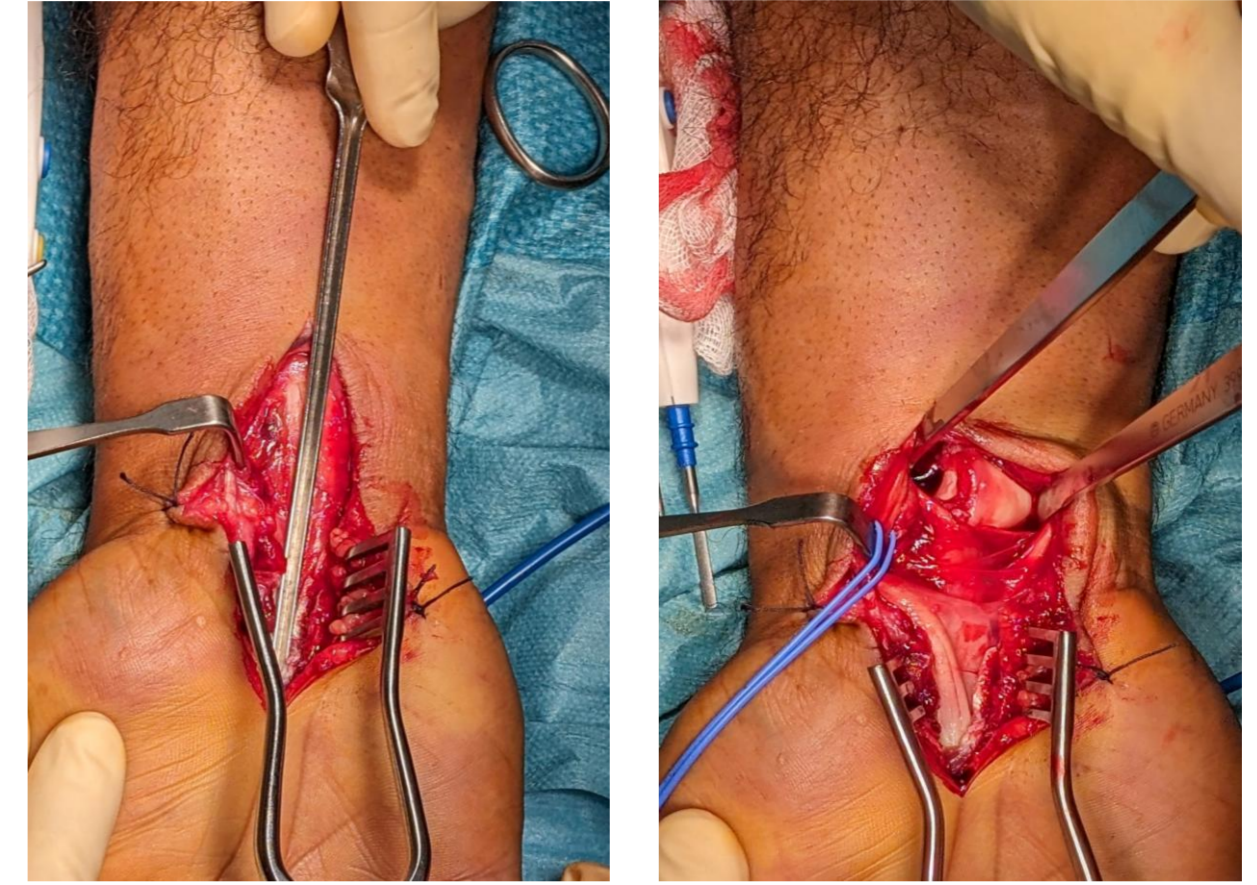


Figura 3. Abordaje de Henry y exposición de semilunar con n. mediano referenciado.

- Una vez localizado hueso semilunar y protegidas estructuras neurovasculares se realiza capsulotomía de muñeca y reducción directa. Se verifica bajo escopia y se cierra herida con monofilamento.



Figura 4. Capsulotomía volar de muñeca y control de reducción satisfactoria.

QUIRÓFANO DE URGENCIAS 2º TIEMPO

- Se realiza un abordaje dorsal de muñeca a través del 2º y 3er compartimento, visualizándose carpo directamente. Se realiza reducción del carpo y estabilización mediante agujas Kirschner.



Figura 5. Abordaje dorsal y fijación provisional mediante AAKK.

- Intento no satisfactorio de sutura de ligamentos escafolunar y lunopiramidal debido a escaso remanente, por lo que se realiza anclaje mediante implantes Mytek escafo-lunares.

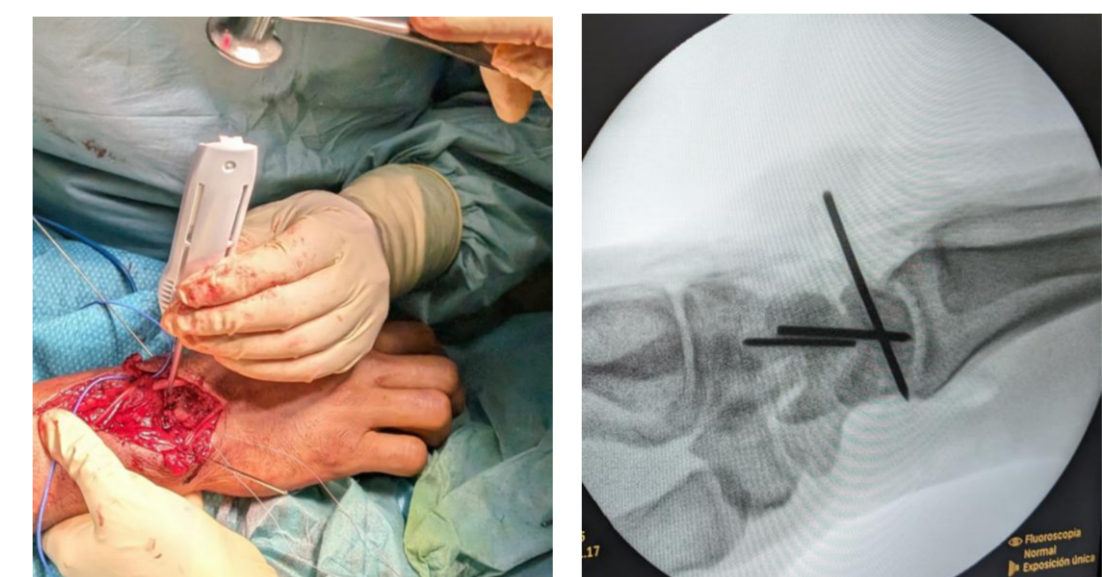


Figura 6. Implantes Mytek y escopia definitiva.

SEGUIMIENTO

- 2 semanas PO: Buen control del dolor y aspecto de heridas. Se receta ortesis.
- 1 mes PO: Heridas con buen aspecto. Inicio de ejercicios de movilización pasiva.
- 4 meses PO: Ligera limitación para flexo extensión de muñeca con pronosupinación casi completa. Fisioterapia por MUTUA + Alta.

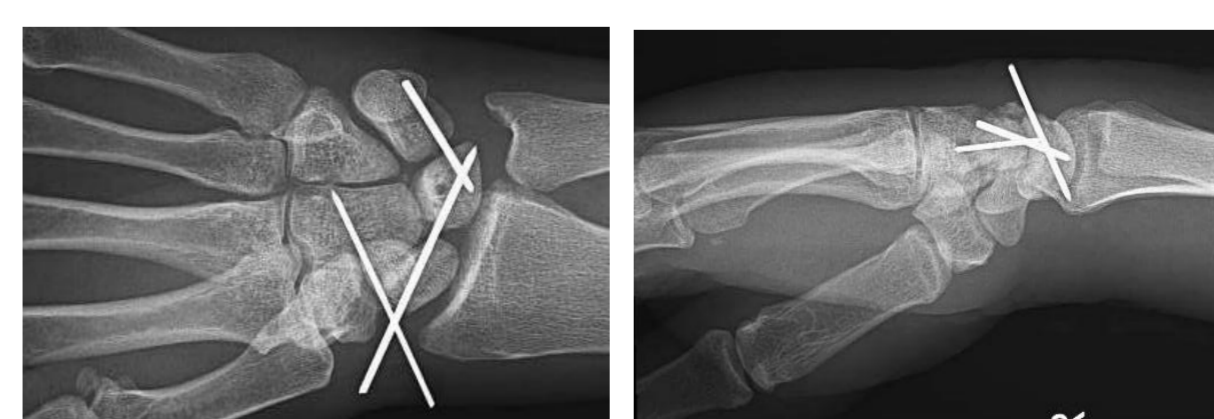


Figura 7. Control radiológico a los 4 meses post operatorios.