

# Manejo de la luxación radiocarpiana: reanclaje ligamentoso y re inserción del complejo fibrocartilago triangular.

Inés Delgado Dabbah, Pablo Vadillo Cardona

Unidad de Miembro Superior.  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

## 1 OBJETIVOS

Exponer un caso de fractura-luxación radiocarpiana (FLRC) diagnosticada en nuestro centro y la utilidad de la artroscopia para la identificación y tratamiento de las avulsiones ligamentosas y lesiones asociadas.

## 2 MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 21 años, diestro, que consulta por dolor y deformidad de la muñeca derecha tras traumatismo directo. A la exploración, destaca deformidad grosera en dorso con parestesias en región del n. mediano y pulsos palpables. Es diagnosticado de luxación radiocarpiana dorsal Dumontier 2 (asocia fractura de estiloides radial).

## 3 RESULTADOS

Se realiza reducción cerrada urgente e inmovilización con férula tipo Münster, con control satisfactorio y desaparición completa de la clínica neurológica. A los 10 días se realiza artroscopia de muñeca, observándose fractura conminuta de la estiloides radial, margen dorsal y fosa escafoidea del radio, avulsión de los ligamentos radiolunar valor y radioescafo grande y desinserción completa del complejo fibrocartilago triangular (CFCT). Se revisa espacio mediocarpiano, descartándose lesión ligamentosa intrínseca. Se realiza reanclaje ligamentoso, re inserción del CFCT con técnica transósea y estabilización provisional con agujas K del fragmento óseo y la articulación radio semilunar. A las 6 semanas, se retiran las agujas iniciando movilidad. Al año de seguimiento, se encuentra asintomático, con un balance articular completo a excepción de 15° de flexión palmar y habiendo retornado a su actividad laboral.



Figura 1. Radiografía AP y lateral de mano inicial. Se observa una luxación radiocarpiana dorsal con fractura de <30% de la apófisis estiloides.

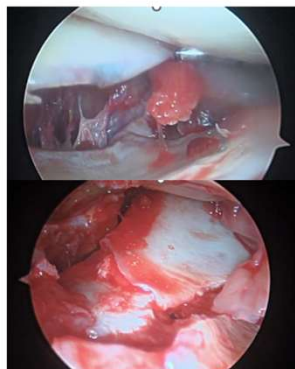


Figura 2. Lesión ligamentosa y ósea.



Figura 3. Imágenes artroscópicas intraoperatorias: A. Reducción anatómica de la carilla articular del radio. B. Reanclaje mediante implante de ligamentos radiocarpianos volares avulsionados. C. Reparación mediante túnel cubital de la lesión del CFCT.



Figura 4. Radiografía AP y lateral de mano al año. Mantiene adecuada alineación del eje radiocarpiano y ausencia de traslación ulnar del carpo.

## 4 CONCLUSIONES

Las FLRC pueden ocurrir como luxación pura (dorsal o volar) o con fractura asociada. Suponen una lesión masiva de los estabilizadores extrínsecos de la muñeca. Dada su escasa frecuencia, su manejo no está estandarizado.

Además de la reducción del componente óseo articular y la reparación de las avulsiones ligamentosas, el tratamiento óptimo exige detectar tratar las posibles lesiones asociadas en el espacio mediocarpiano, el CFCT y la articulación radiocubital distal, puesto que de pasar desapercibidas generan resultados funcionales insatisfactorios.

La artroscopia es una herramienta de suma utilidad en estos casos permitiendo explorar y tratar la totalidad de las lesiones bajo visualización directa en un único acto quirúrgico.

## 5 BIBLIOGRAFÍA

1. Dumontier C, Meyer zu Reckendorf G, Sautet A, Lenoble E, Saffar P, Allieu Y: *Radiocarpal dislocations: Classification and proposal for treatment. A review of twenty-seven cases.* J Bone Joint Surg Am
2. De Villeneuve Bargemon JB, Soudé G, Levadoux M, Viaud-Ambrosino S, Peras M, Camuzard O. *Radiocarpal fracture-dislocation: review of the literature, new classification and decision algorithm.* Orthop Traumatol Surg Res May.
3. Corella F, Ocampos M, Laredo R, Tabuenca J, Larrainzar-Garjito R. *Arthroscopic Volar Capsuloligamentous Reattachment and Reinforcement to Bone.* J Wrist Surg. 2023.
4. Del Piñal F. *Arthroscopic volar capsuloligamentous repair.* J Wrist Surg. 2013