

LUXACION DEL SEMILUNAR DEL CARPO

REPORTE DE UN CASO

CASO CLINICO

*Dra. María Teresa Marbán **
*Dr. Omar Ponce **
*Dr. Sergio López **
*Dra. Rosana Pino de León ***

Resumen

Se presenta el caso de un paciente masculino de 34 años de edad quien presentó luxación anterior del semilunar del carpo. Dicha luxación, a pesar de su rareza, es la más común de los huesos del carpo y se produce por la caída con la muñeca en hiperextensión. Su diagnóstico es difícil y su tratamiento controversial; obteniéndose buenos resultados si se logra la reducción antes de que transcurran tres semanas de ocurrido el accidente.

Palabras Clave

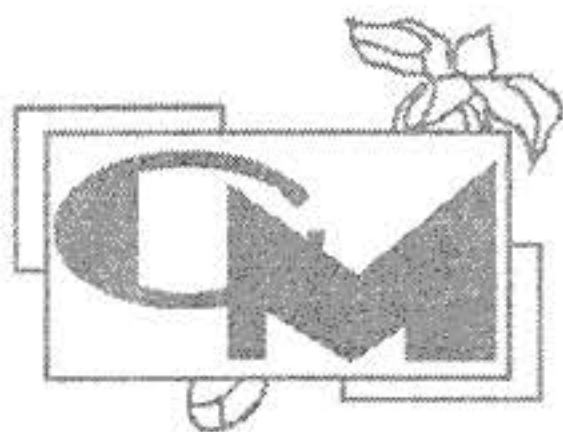
Luxación anterior. Semilunar del Carpo.

Abstract:

We present the case of a 34 ye old male patient who presented with a volar lunate dislocation. Lunate dislocation in spite of its rare occurrence is the most common of the carpal bones and is produced after a fall with the wrist in hyperextension. Its diagnosis is difficult and its treatment controversial; good results are obtained if reduction is possible before 3 weeks after the accident.

Key Words:

Anterior dislocation. Carpal lunate



Trabajo presentado en las Jornadas "Dra. M^a Virginia Orta". Hospital "Luis Salazar Domínguez". Mayo 21-22 1999. Caracas. Venezuela.

* Residente Asistencial. Servicio de Traumatología. IVSS Hospital "Luis Salazar Domínguez". Guarenas. Venezuela.

** Cirujano de Mano. Adjunto. Servicio de Traumatología. IVSS Hospital "Luis Salazar Domínguez". Guarenas. Venezuela.

Introducción

La luxación más común del carpo es la luxación anterior del semilunar, la cual junto con sus fracturas son causa de grandes dificultades en el diagnóstico y de confusión en el tratamiento, siendo necesario un diagnóstico meticuloso de estas lesiones para desarrollar un plan apropiado de tratamiento.⁽³⁾

Mecanismo de Lesión

Las superficies articulares del radio miran hacia ventral, de manera que cuando una persona cae sobre su palma con la muñeca en dorsiflexión, el escafoídes y el semilunar se hayan cubiertos por la procedencia del borde dorsal de la cara articular del radio y se produce una fractura del radio; en cambio, cuando la fuerza se dirige contra la palma o la parte más distal del carpo, como cuando la muñeca se halla en fuerte dorsiflexión, se produce una luxación de la fila distal de los huesos del carpo que puede influir en la posición distal del escafoídes y del piramidal. Si se halla la mano en desviación cubital, el piramidal se mantiene por el extremo del cúbito y permanece en su sitio junto a los huesos del antebrazo y el semilunar; en este caso, la totalidad del escafoídes se desplaza con el carpo; en una caída con la muñeca en dorsiflexión el peso del cuerpo empuja el radio contra la cabeza del hueso grande, lo cual produce la salida del semilunar hacia ventral, el borde afilado de su extremo ventral atraviesa el ligamento capitato-lunar, se rompe el ligamento escafolunar y continúa hacia el débil espacio de Poirier y el hueso escapa dentro del túnel carpiano, solo retenido por el ligamento radiolunar anterior. El desplazamiento ulterior rota el semilunar sobre su ligamento hasta que su concavidad gira hacia proximal. La luxación dorsal del semilunar por hiperextensión de la muñeca es rara.^(1,3,6,8)

Clínica

La luxación del semilunar ocasiona dolor y limitación del movimiento, el hueso comprime y desplaza los tendones flexores, la mano se mantiene con la muñeca y los dedos en semiflexión y las articulaciones digitales proximales en extensión. La muñeca se halla engrosada y sensible en su cara ventral entre los dos pliegues de flexión que señalan al semilunar, hay depresión dorsal, el semilunar comprime también al nervio mediano, lo cual causa intenso dolor, parestesia, anestesia, parálisis de los músculos opositores y atrofia en la zona del mediano. En los desplazamientos completos esta incapacidad es permanente, pero si el desplazamiento es solo parcial la incapacidad puede ser ligera.^(4,5,7,9,12)

Radiología

En una radiografía lateral de una muñeca normal, el perfil de media luna del semilunar se articula con la taza del radio distal proximalmente y con el extremo proximal redondeado del hueso grande; al luxarse se describe como el signo de la taza derramada.

En una radiología anteroposterior el perfil rectangular del semilunar se convierte en triangular con la luxación debido a su inclinación.^(6,11)

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 34 años de edad quien el 17/11/98 recibió múltiples traumatismos contusos sumados a traumatismo directo sobre el dorso de la muñeca y mano izquierda, consultando el 18/11/99 por aumento de volumen, dolor, deformidad y limitación funcional de la muñeca izquierda.

El examen físico de ingreso reveló deformidad y aumento de volumen a nivel de la mano y muñeca izquierda, a predominio palmar, con bloqueo de los movimientos de flexoextensión de la muñeca izquierda.

Radiológicamente se observa luxación ventral del semilunar del carpo izquierdo hacia el tercio distal del espacio interoseo del antebrazo izquierdo.

El 18/11/98 se realiza reducción cruenta del semilunar del carpo izquierdo con los siguientes hallazgos: 1. Luxación del semilunar al tercio distal de la cara palmar del antebrazo izquierdo; 2. Disrupción ligamentaria, incluyendo el ligamento radio-lunar y 3. Edema importante de los tejidos de la muñeca izquierda. Posterior a la reducción y reparación ligamentaria se coloca yeso antebraquiopalmar bivalvado, el cual se mantiene por 21 días, al cabo de los cuales se retiran los puntos de sutura y se coloca férula antebraquiopalmar hasta el 23/12/98; cuando se retira la misma, se evidencia buena evolución con buenos rangos articulares; radiológicamente se observa el mantenimiento de la reducción. El paciente ha mantenido buena evolución hasta la fecha, sin dolor y sin evidencia radiológica de necrosis avascular.

Tratamiento

De modo general es posible la reducción incruenta, siendo el obstáculo para la misma el dorso del cuerno posterior del semilunar contra el hueso grande, pero la tracción fuerte o prolongada, con los dedos en extensión, de manera que los flexores compriman al semilunar, liberando el cuerno del hueso grande y permitiendo la reducción. Bohler aconseja diez minutos de tracción continua. La reducción a cielo cerrado puede tener éxito aún después de dos semanas de la lesión.^(9,10)

Si el método incruento fracasa la reducción es fácil a cielo abierto, la cual se realiza con anestesia troncular y mediante tracción proporcionada por un alambre de Kirschner que se pasa a través de las cabezas de los metacarpianos, el cuerno posterior gira alrededor del hueso grande y el semilunar salta a su lugar, puede volver a salir con la dorsiflexión, pero la reducción se mantiene estable en posición de flexión. Después de reparar la lesión del ligamento se coloca la muñeca en una valva de yeso en ligera flexión; después de una semana esta posición se cambia por la de extensión completa y después de tres semanas se retira el yeso.⁽⁶⁾

Si la lesión se acompaña de fractura del escafoideo, el fragmento escafoideo proximal debe resecarse si es pequeño, de ese modo la convalecencia se acorta y se evita la inmovilización prolongada de una muñeca traumatizada de gravedad; si el fragmento es mayor, debe mantenerse la inmovilización hasta que se produzca la unión de los fragmentos escafoideos.^(3,4)

Cuando se trata después de 3 semanas, la reducción por manipulación puede ser difícil de reducir y puede ser necesaria la reducción cruenta. Campbell y colaboradores sugieren un

abordaje dorsal para limpiar el espacio para recibir el semilunar. Sin embargo, Hill sugiere un abordaje palmar para descomprimir al nervio mediano al reducir el semilunar. A veces puede requerirse un abordaje combinado dorsal y palmar. Cuando el semilunar no puede ser reducido mediante reducción cruenta, es necesario utilizar un procedimiento reconstructivo, como una carpectomía de la fila proximal o artrodesis.^(2,9,10,11)

Pronóstico y recomendaciones

El pronóstico es bueno si se logra la reducción, sin embargo, si el semilunar permanece sin reducción, se establece artritis en la articulación de la muñeca por alteración mecánica y no, como pudiera pensarse, por falta de irrigación del hueso luxado, la cual se mantiene a través del ligamento anterior y retiene su vitalidad luego de ser reducido, así pues, se desconoce que la Enfermedad de Kienbock se haya desarrollado luego de una luxación del semilunar.⁽⁶⁾

Sin embargo, en este caso, debido a la disrupción del ligamento radiolunar, el fantasma de la necrosis avascular está latente, por lo cual se recomienda el seguimiento mediante radiología simple y resonancia magnética nuclear para su diagnóstico temprano.

Referencias bibliográficas

1. Bilos J; Hui PW: Dorsal dislocation of the lunate with carpal collapse. *J Bone Joint Surg* 63A: 1484-1486. 1981.
2. Campbell RD Jr, Thompson TC, Lance EM, and Adier JB: Indications for open reduction of lunate and perilunate dislocation of the carpal bones, *J Bone Joint Surg* 47A:915, 1965.
3. Coll GA: Palmar dislocation of the scaphoid and lunate. *J hand Surg*, 12A: 476-80, 1987.
4. Cooney WP, Bussey R, Dobyris JH, and Linscheid RL: Difficult wrist fractures: perilunate fracture-dislocations of the wrist, *Clin Orthop* 214:136, 1987.
5. Gordon SL: Scaphoid and lunate dislocation: report of a case in a patient with peripheral neuropathy, *J Bone Joint Surg* 54-A: 1769, 1972.
6. Lester B: *The Acute Hand*. Appleton & Lange. 1999.
7. McCarroll HR Jr: Nerve injuries associated with wrist trauma, *Orthop Clin North Am* 15:279, 1984.
8. Miller SJ; Smit A: Volar dislocation of the lunate in a weight lifter, *Orthopedics*, 19(1):61-3 1996.
9. Minami A; Ogino T; Ohshio I; Minami M: correlation between clinical results and carpal instability in patients after reduction of lunate and perilunate dislocations. *J Hand Surg* 11 B: 213 -220, 1986.
10. Su C.J; Chang MC; Liu Y; Lo WH: Lunate and perilunate dislocation, *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)*, 58(5):348-54. 1996 .
- 11.- Takami H; Takahashi S; Ando M; Masuda A: Open reduction of chronic lunate and perilunate dislocations, *Arch Orthop Trauma Surg*, 115(2):104-7. 1996.
- 12.- Yamada K; Sekiya S; Oka S; Norimatsu H: Lunate dislocation with lunar nerve paresis, *J Hand Surg (Br)*, 20(2):206-9 1995.