

Reconstrucción de primer metacarpiano con injerto de cresta iliaca: a propósito de un caso.

Lanuza Lagunilla L¹, Isern De Val A², García Rodríguez C³, Castro Muñoz R¹, Velasco Villa D¹.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. ¹: Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España; ²: Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España; ³: Hospital MAZ Zaragoza, Zaragoza, España.

Introducción

Cuando se pierde un segmento de hueso de un metacarpiano el restablecimiento de la estabilidad y de la función del mismo es problemático, suele hacerse en varios tiempos y comienza con una limpieza completa de todos los tejidos desvitalizados. Ocurre en lesiones abiertas y suele asociarse a grados variables de lesión o pérdida de tejidos blandos.

Objetivos

Varón de 47 años, mecánico. Accidente de motocicleta. Dolor en mano derecha con herida inciso-contusa profunda sobre 1º comisura, con gran exposición de partes blandas y deformidad del dorso de la mano. Sensibilidad distal y relleno conservado. Movilidad conservada de FPD y FSD de dedos largos y FLP. Extensión activa de los dedos conservada.

Material y método

Radiografía urgente (*Figura 1*): fractura conminuta con defecto óseo de 1º MCP, fractura de base de 2º MCP, luxación dorsal de 2º, 3º y 4º MCP, fractura antigua de cuello de 5º MCP. Se realiza revisión quirúrgica urgente observándose gran conminución de 1º MCP que imposibilita su reconstrucción por severa pérdida ósea, se mantiene longitud 1º MCP mediante AK transfixiantes a 2º MCP y se reducen y estabilizan las luxaciones carpometacarpinas con AK (*Figura 2*). A las 6 semanas se retiran las AK que mantenían reducción de luxaciones carpometacarpianas.

En un segundo tiempo se realiza la reconstrucción del 1º MCP: exéresis de fragmentos no viables quedando únicamente la cabeza del MCP; perforaciones en superficie articular del trapecio; relleno de defecto con injerto de cresta y artrodesis de trapeciometacarpiana con dos placas (*Figura 3*).

Resultados

Consolidación completa a los 2,5 meses de la artrodesis (*Figura 4*), con balance articular óptimo. A los 4 meses y 3 semanas el TAC muestra consolidación completa.



Figura 1

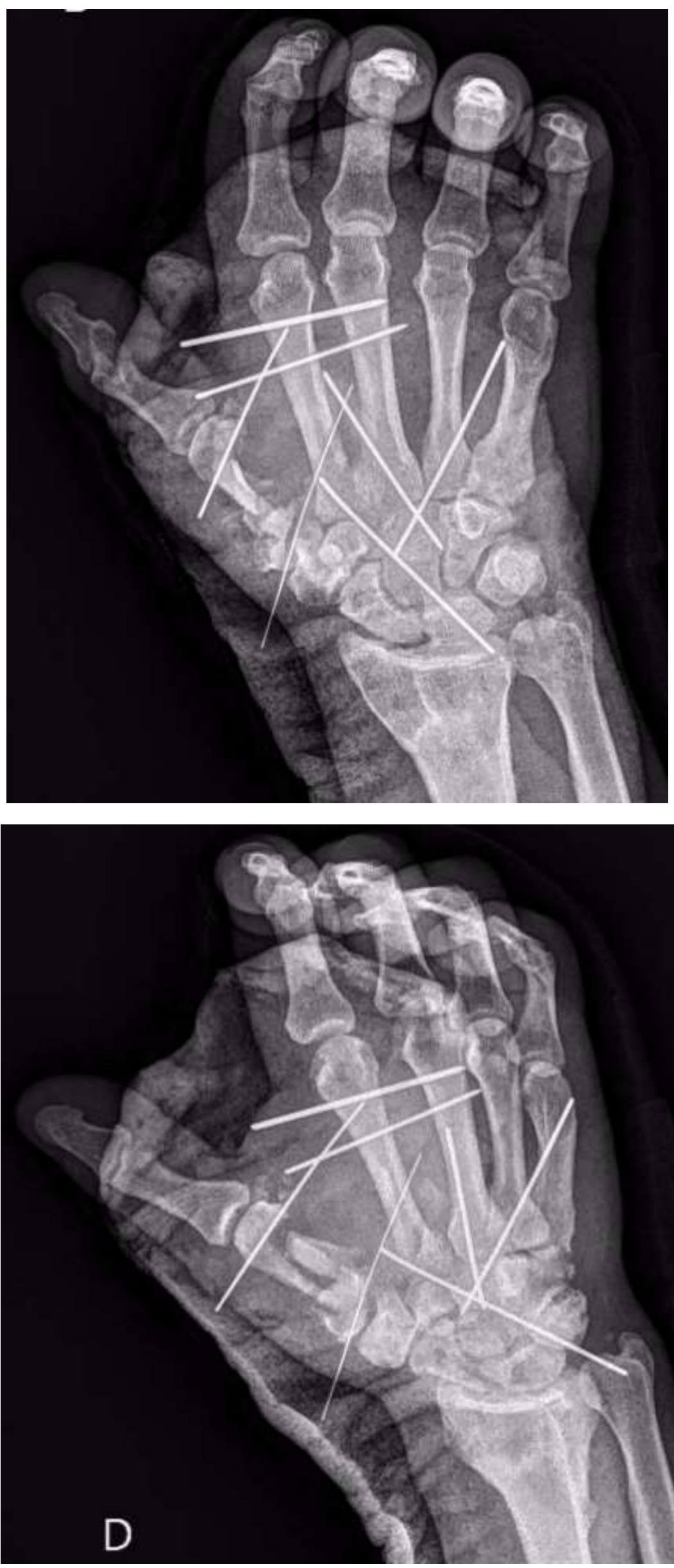


Figura 2

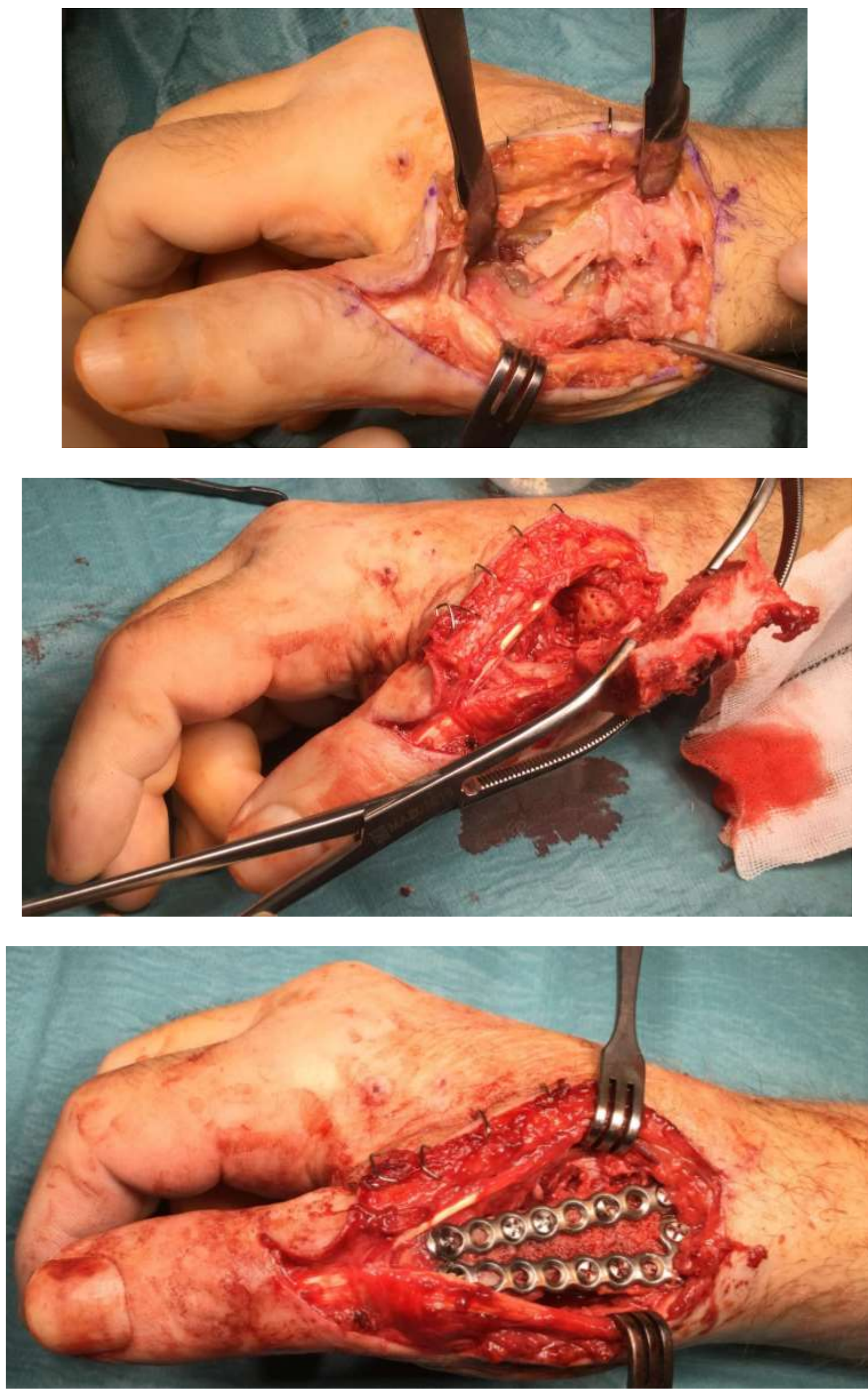


Figura 3



Figura 4

Conclusiones

Las causas más frecuentes de pérdida de sustancia ósea MCP o falángica, son los traumatismos y las neoplasias, que precisan de cirugía reconstructora para tratar de conservar la utilidad de la mano. Las luxaciones carpometacarpianas múltiples son lesiones de alta energía que casi siempre precisan ORIF. En general las pérdidas de hueso MTC van acompañadas de lesiones con pérdidas de piel dorsal y de tendones extensores. La reconstrucción de la estabilidad ósea consta de dos fases: estabilización provisional para mantener la longitud del MTC; y relleno con injerto óseo con o sin fijación externa.