

Fractura del ganchoso asociada a fractura-luxación dorsal del cuarto y quinto metacarpiano



AUTORES:
Dr. Albert Alabat Roca
Dra. Carme Pérez Rivarés
Dr. Eloi Piella Prat
Dr. Javier Aldecoa Llauredó
Dra. María José Morales Pérez
Dr. Alejandro Rodríguez Tapia
Dr. Ignacio de Loyola García Forcada

INTRODUCCIÓN

- ✓ Fracturas del ganchoso:
 - ✓ Difíciles de diagnosticar y tratar a causa de su complejidad anatómica.^(2,5,6)
 - ✓ Inhabituales ^(1,2,3) → 2-4% de las fracturas del carpo.⁽⁶⁾
 - ✓ Suelen ir asociadas a otras lesiones.⁽²⁾
 - ✓ La asociación fractura-luxación dorsal del cuarto y quinto metacarpiano (MTC) a <1% de los casos.⁽¹⁾
- ✓ Clasificación de fracturas del ganchoso asociada a fractura-luxación del cuarto y quinto MTC, según Cain et al. (Fig. 1)⁽⁶⁾:
 - ✓ Tipo I: fractura-luxación de la base del 4o y 5o MTC asociado a ruptura del ligamento carpometacarpiano dorsal (IA) o fractura dorsal del ganchoso (IB).
 - ✓ Tipo II: luxación la base del 4o y 5o MTC + fractura conminuta dorsal del ganchoso.
 - ✓ Tipo III: luxación la base del 4o y 5o MTC + fractura longitudinal coronal del ganchoso.

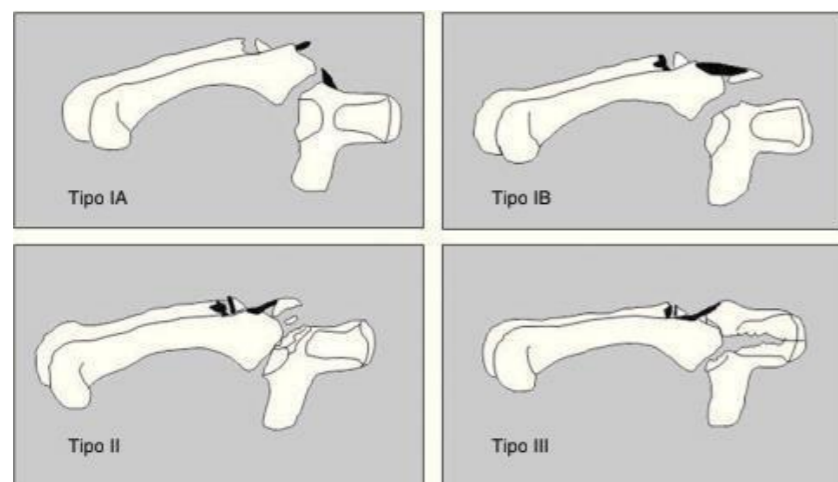


Figura 1. Fractura ganchoso asociada a fractura-luxación cuarto y quinto MTC. Clasificación de Cain.

- ✓ Mecanismo de lesión: suele ser por impacto directo con el puño cerrado.⁽⁶⁾
- ✓ Diagnóstico: puede pasar desapercibido con proyecciones radiológicas anteroposterior y lateral → necesario la proyección oblicua a 45° y TAC.^(2,4)
- ✓ Mayoría de los casos → gran inestabilidad → requiere fijación interna mediante ~~osteosíntesis~~ con agujas de Kirschner o tornillos.^(1,2,4,5,6)

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de tres pacientes hombres tratados a nuestro centro entre 2015-2018.

Diagnóstico: radiografías en AP, perfil y oblicua.

Reducción cerrada y inmovilización con férula de yeso en el servicio de urgencias.

TAC posterior.

CASO 1 (Fig. 2):

Paciente de 31 años. Fractura-luxación tipo III según Cain et al. Cirugía a los 6 días del diagnóstico inicial.

Abordaje dorsal: reducción obierta del ganchoso, síntesis con tornillos de 1.2mm y fijación provisional del ganchoso durante 6 semanas con 3 agujas de Kirschner.

Rehabilitación durante 4 semanas.



Figura 2: A. Radiografía inicial. B. TAC con cortes sagital y axial. C. Radiografía de control postoperatoria.

CASO 2 (Fig. 3):

Paciente de 28 años. Fractura-luxación de tipo II según Cain et al.

Cirugía a los 17 días del diagnóstico.

Reducción cerrada y fijación con 2 agujas de Kirschner paralelas desde el quinto al tercer MTC durante 4 semanas.

Rehabilitación durante 4 semanas.



Figura 3: A. Radiografía inicial. B. Radiografía inicial. C. Radiografía de control postoperatoria.

CASO 3 (Fig. 4):

Paciente de 20 años. Fractura-luxación tipo II según Cain et al.

Cirugía a los 6 días del diagnóstico inicial.

Reducción cerrada y fijación con 2 agujas de Kirschner: del quinto al cuarto MTC y el otro del quinto MTC al hueso grande durante 6 semanas.

Rehabilitación 4 semanas.



Figura 4: A. Radiografía inicial. B. Radiografía inicial. C. Radiografía de control postoperatoria.

RESULTADOS

- ✓ Seguimiento postquirúrgico: 5 meses al primer paciente, 38 meses al segundo y 4 meses al último.
- ✓ Consolidación de las fracturas del ganchoso a las 8 semanas (Fig. 5).
- ✓ Estabilidad carpometacarpiana en todos los casos.
- ✓ Balance articular y fuerza completa.
- ✓ Todos se han incorporado de nuevo al trabajo y a sus actividades de ocio diarias.
- ✓ Complicaciones: leve dolor dorsal a nivel del ganchoso en el segundo y tercer caso.

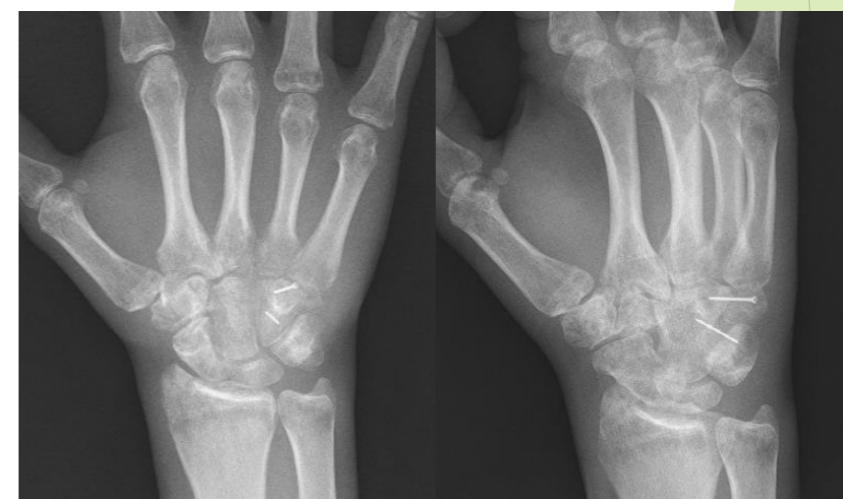


Figura 5. Ejemplo del primer caso. Radiografía de control a las 8 semanas postintervención. Consolidación de la fractura y correcta alineación carpometacarpiana.

CONCLUSIONES

- ✓ Las fracturas del ganchoso asociadas a fractura-luxación del cuarto y quinto MTC son muy poco frecuentes y pueden pasar desapercibidas en radiografías iniciales.^(2,4,5,6)
- ✓ Las fracturas no tratadas pueden presentar ⁽⁴⁾:
 - ✓ Inestabilidad carpometacarpiana.
 - ✓ Artrosis precoz.
- ✓ Siguiendo las recomendaciones de la literatura, en nuestros casos, se indicó tratamiento quirúrgico para obtener un mejor resultado clínico-radiológico.^(1,2,3,4,5,6)
- ✓ La indicación de fijar la fractura-luxación con agujas o tornillos depende de la localización, la dirección de la inestabilidad y la morfología del fragmento.⁽¹⁾
- ✓ La reducción obierta permite una reducción más acurada que con agujas percutáneas, no obstante los resultados funcionales son parecidos.⁽¹⁾