

LUXACION TRAPECIO - METACARPIANA

·POR EL

Dr. Jorge Zarazaga

Médico ortopedista y tramatólogo de los Hospitales de Niños y Español. --
Servicio del Prof. Dr. Guillermo Allende.

Sin ser excepcionales las luxaciones trapecio-metacarpianas, son pocas las observaciones publicadas hasta la fecha; Regnault (1913), estudia la afección con particular interés, relatando tres casos. Tillaux, comentando la tesis de Neugaret (1914), señala que son muy raros los casos completos sin fracturas de uno de los huesos.

Esta luxación rara, es casi única en el hombre, los casos publicados y el ahora descrito pertenece al sexo masculino, no encontrando esto otra explicación que el mayor riesgo a los traumatismos violentos. La mano derecha, según Dentut y Delbet, es la única expuesta con frecuencia, Tillaux y Nougaret, afirman igual cosa.

Con respecto a su mecanismo creemos que la causa más común, es la indirecta y ocasionada por violencias producidas sobre el pulgar tendiente a exagerar los movimientos normales de adducción y flexión forzada o abducción y extensión forzada, esta última es la luxación de los boxeadores. La causa directa casi nunca da una luxación completa pura, sino acompañada de fractura de uno de los huesos, con especialidad de la cabeza del metacarpiano.

Las lesiones anatómicas producidas son conocidas desde Foucher en piezas experimentales, pero, su lesión en sí, solo en caso de fracturas con desplazamiento se ha podido constatar en el acto operatorio. El estudio de la anatomía de esta articulación es suficiente para explicar la rareza de las luxaciones puras; pertenece al género de las articulaciones por encaje recíproco, de las cuales consti-

tuye el tipo más perfecto; teniendo por el lado del trapecio una carilla cuadrilátera, situada en la cara inferior de este hueso, cara que mira hacia afuera abajo y un poco hacia adelante, es cóncava en sentido transversal y convexa en sentido antero-posterior y por parte del metacarpiano una carilla configurada exactamente a la inversa; sus medios de unión son un solo ligamento que afecta la forma de cápsula o de manguito que se inserta en ambos contornos articulares, siendo más reforzado en su parte anterior que en la parte posterior, contribuyen a hacer más sólida esta arquitectura las partes blandas que rodean esta articulación, que son: por delante los músculos de la eminencia tenar y por detrás los tendones extensores del pulgar, por dentro el interóseo dorsal y como relación de importancia la arteria radial (la cual puede dar complicaciones en las luxaciones completas), por fuera con el abductor largo del pulgar. Este ligero bosquejo anatómico nos pone en evidencia, también, que las luxaciones hacia adelante y hacia afuera son excepcionales a pesar de los casos de Cooper y Chancel de luxaciones hacia adelante y hacia afuera, en donde según ellos mismos la forma era dudosa.

En la luxación incompleta, la superficie metacarpiana no ha perdido su contacto con el cartílago trapeciano y el ángulo de la apófisis metacarpiana anterior sobre la pendiente posterior de esta superficie. La cápsula está distendida sin llegar a romperse y las relaciones articulares son modificadas en la siguiente forma: el tendón del extensor largo del pulgar se hace extremo, la arteria radial está algunas veces comprimida, el abductor y el extensor corto del pulgar están tendidos sobre la cabeza del metacarpiano. La luxación completa se produce cuando las superficies articulares han perdido todo contacto y el metacarpiano cabalga netamente en el trapecio y la apófisis anterior del primero está en relación con la cara posterior del segundo; la cápsula articular está destruida en su inserción posterior y trapecial; en algunos casos la parte anterior también suele destruirse; respecto a las modificaciones de las relaciones son las mismas que en la luxación incompleta pero más acentuadas especialmente en lo que atañe a la compresión de la radial.

La descripción de la sintomatología, varía de acuerdo a la calidad de la luxación.

El sujeto sufre un traumatismo en la mano, el cual se acompaña de un violento dolor, en la parte alta de la eminencia tenar, un crujido se percibe muchas veces e inmediatamente se siente una impotencia funcional de la mano, que luego se edematizará a nivel de la articulación trapecio metacarpiana borrando los relieves normales.

Cuando la luxación es completa y el edema no es muy pronunciado puede observarse a nivel de la tabaquera anatómica el relieve formado por la cabeza del metacarpiano cabalgando sobre el trapecio, el cual ya no sigue la prolongación del radio, sino que se encuentra colocado como la bayoneta en la extremidad de un cañón de fusil (Tillaux). La tabaquera anatómica está muy acentuada, pues los tendones del abductor y del extensor corto están salientes y parecen tendidos sobre un caballete, encontrándose todo el dedo pulgar y su metacarpiano en ligera separación y flexión.

La movilidad es dolorosa, notándose el relieve de la cabeza del metacarpiano, la cual con la presión se desplaza fácilmente, pero vuelve a la posición de luxación (signo de la tecla de piano de Tillaux). Los movimientos pasivos son de poca amplitud y la extensión forzada es imposible.

En los casos incompletos los relieves óseos son menos voluminosos, no existe encogimiento del dedo y el pulgar con su metacarpiano, están ligeramente flexionados y la eminencia tenar aplanada, aumentando el desplazamiento en los movimientos de flexión forzada.

Con las características enunciadas unidas al examen radiográfico, no se presta a la confusión diagnóstica, pues clínicamente, el signo de la tecla de piano puede hacer entrar en sospechas.

El diagnóstico diferencial, puede hacerse con la fractura de Bennet, de la base del primer metacarpiano que presenta casi toda la sintomatología de la luxación, pues la crepitación ósea algunas veces no se percibe o se confunde con el juego de los huesos luxados, pero la radiografía, como dice Destot, será indispensable para su diagnóstico exacto.

El pronóstico de estas luxaciones puras, es benigna; siendo el de la completa más serio, pero bien reducidas y no existiendo complicaciones, como la compresión de la radial, (jamás ha sido verificada en los casos relatados), también tiene buen pronóstico.

TRATAMIENTO

Las luxaciones incompletas son fáciles de reducir. Se obtiene la reducción por presión directa sobre la cabeza del metacarpiano y tracción del pulgar; en esta forma el metacarpiano ocupa su lugar fácilmente; se inmoviliza en extensión completa y separación del metacarpiano por ocho o diez días, luego reeducación.

Si la luxación es completa, la reducción se obtiene en la misma forma, pero sí con un poco de más trabajo y necesitando muchas veces anestesia, para efectuar las maniobras.

Nosotros usamos como aparato de contención un yeso, desde el puño hasta el pulgar, dejando la primera falange en libertad. Se mantiene la inmovilización por unos quince días, ordenando hacer ejercicios durante este tiempo con la articulación metacarpo-falángica del pulgar. Cumplido el plazo se saca el yeso haciendo movilización pasiva y activa.

Cuando la luxación es irreductible, casos rarísimos, o antigua se aconseja la intervención cruenta (Lemaitre), efectuándose la artrotomía con artrodésis o la cápsula-rafia de la cabeza del metacarpiano o como aconseja Plisson, la recepción total del trapecio.

NUESTRA OBSERVACION

M. P., argentino de 28 años de edad.

Profesión: Guarda de tranvías.

Casado.

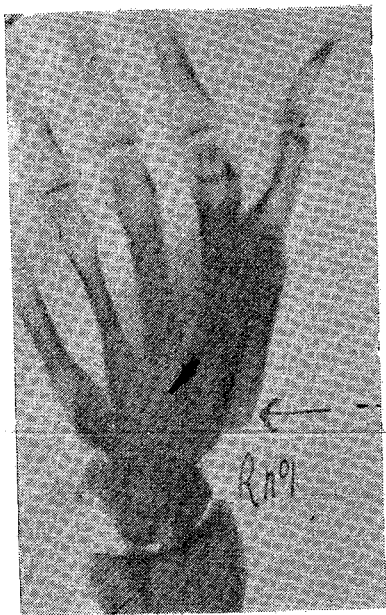
Fecha 21 de agosto de 1937.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Antecedentes de la enfermedad actual: Hace veinte y cuatro horas sufre un traumatismo en su mano derecha, ocasionado por un golpe al resbalarse, al tratar de subir a un tranvía, dando su mano con el pulgar en aproximación y con el dorso, en un pasamanos del vehículo. A pesar de sentir gran dolor no le da mayor importancia, pero como luego se edematiza, se hace examinar.

Estado actual: Sujeto en perfecto estado de nutrición, piel morena, tejido celular y masas musculares y óseas normales, a ex-



cepción de la región traumatizada. Organos cavitarios indemnes. *Miembros superiores:* mano derecha edematizada con un relieve óseo anormal a nivel de la articulación trapecio-metacarpiana, relieve producido por la cabeza del metacarpiano haciendo saliencias sobre la línea de la articulación dorsal con el trapecio. A la palpación toda la región edematizada, muy dolorosa, con movimientos limitados y penosos. Signo de la tecla de piano, de Tillaux, Radiografía N° 1, luxación incompleta trapecio-metacarpiana. Restos de los miembros superiores e inferiores normales.

Tratamiento: Sin anestesia, ligera extensión del metacarpiano y contraextensión del carpo empujando la cabeza del metacarpiano con el pulgar se reduce completamente aunque con dolor, especialmente al querer extender y separar la región tenar. Con gran facilidad se puede reproducir la luxación que se reduce perfectamente una vez más. Radiografía N° 2.



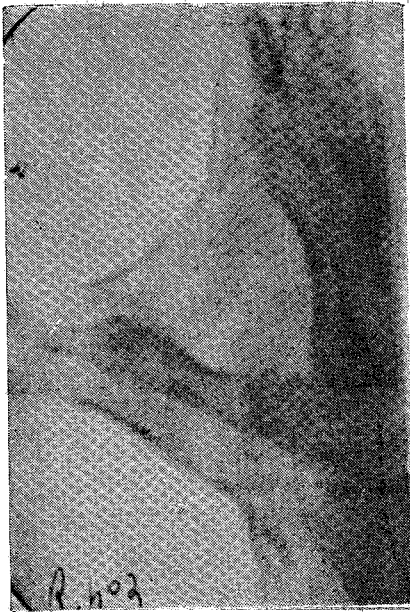
Se inmoviliza con un escayolado, que toma desde el puño hasta la articulación metacarpo-falángica, colocando el metacarpiano en separación y en extensión. Radiografías N° 3 y 4.

La inmovilización es mantenida por doce días, ordenándosele en el transcurso de ellos movilización de la primera falange del pulgar y demás dedos.

Una vez transcurrido el plazo, masajes y movilización activa durante veinte días, al final de los cuales es dado de alta en perfecto estado.

Comentario. — Se trata de una luxación incompleta con el

signo de tecla de piano de Tillaux, en donde la radiografía nos evidencia que se trata de ella; luxación que se reduce por la forma clásica sin ningún inconveniente. Caso que nos sirve de pretexto



para hacer un breve comentario de la patología, sintomatología, pronóstico y tratamiento de las lesiones a nivel de la articulación trapecio-metacarpiana.

BIBLIOGRAFIA

- Carayon.** — These de Paris. 1872.
Imbert et Cotlalorda. — Fractures de la base du premier metacarpien. Presse Medicale, 27 Junio 1923, p. 573
Jacoulet. — Une lesion rare des os du carpe. Lukation trapezo-trapezoidale. Les Congrès Medical N° 30, 1909.
Robert Ferrari. — Luxación del trapecio. Semana Médica N° 49. 1929.
Jules Recnaulf. — Les luxations trapezo-metacarpienes (Archives Générales des Chirurgie) Octubre 1913.
Jean Baumann et Alain Mouchet. — Une cas de luxation trapézo-metacarpiene complète en de hors.
Mougaret. — Thèse de Paris. 1914.