

# LUXACIÓN TRANS-ESCAFO-PERILUNAR CON LESIÓN DE LOS LIGAMENTOS ESCAFO-LUNARES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Eduardo López Vázquez\*,  
José Ramón Gamonal Torres\*\*  
y Claudio Vázquez Yapur\*\*.*

Sección de Miembro Superior.  
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica,  
jefe doctor Alberto Palma Rodríguez.  
Residencia Sanitaria de la  
Seguridad Social «Capitán Cortés», Jaén.

Las luxaciones de los huesos carpiianos no constituyen un hecho frecuente y, por tanto, son pocos los centros que poseen una amplia experiencia en el tema.

De todas las múltiples formas posibles de luxación, la trans-escafo-perilunar es la más frecuente<sup>5</sup>, y aunque hoy día está clara la enorme importancia que posee la lesión de los ligamentos escafolunares en ciertas luxaciones carpianas, fundamentalmente la perilunar, no es tan frecuente que dicha lesión se asocie con la luxación trans-escafo-perilunar como ha ocurrido en nuestro caso.

## ■ PRESENTACIÓN DEL CASO

---

V.C.D. de 23 años de edad, ingresa en nuestro servicio, tras haber sufrido una caída por unas escaleras, apoyando la mano, el 13-11-77.

---

\* Jefe de Sección.

\*\* Adjuntos

A la exploración se encuentra gran tumefacción, deformidad e impotencia funcional a nivel de la muñeca derecha.

Las radiografías de urgencia mostraban una luxación de todos los huesos carpianos, a excepción del Semilunar y mitad proximal del Escafoides, así como de un pequeño fragmento del Piramidal que mantenía sus conexiones con el Semilunar. Fractura de la estiloides radial. (Figura 1).

De urgencia reducción y colocación de un vendaje enyesado. El mismo se mantuvo hasta el 26-4-78 en que fue intervenido quirúrgicamente por retardo de consolidación de la fractura de escafoides. Se colocó un tornillo navicular. Dada la buena estabilidad que se creyó obtener, se pensó que era innecesario mantener ningún tipo de inmovilización adicional.

En la revisión efectuada al mes de la intervención y dado que el enfermo se queja de molestias, se coloca nueva inmovilización que se retira a las 8 semanas.

Tras dos meses de aparente buen estado, vuelve quejándose de dolor en el foco. En las radiografías de esta época se hace ostensible la existencia de un hueco entre Escafoides y Semilunar en la proyección A-P, así como una subluxación volar del Semilunar y una mayor inclinación dorsal del escafoides en la proyección lateral de muñeca. (Figura 2). La medida de los ángulos carpianos demuestra un patrón de inestabilidad en dorsiflexión.

En enero del 79 a los 13 meses del accidente, el enfermo se queja de dolor global en la muñeca, refiriendo alteraciones sensitivas en el territorio del nervio mediano. Las radiografías muestran las alteraciones antes descritas, con persistencia de la falta de consolidación del escafoides. (Figura 3). En este momento se le propone una nueva intervención que rechaza.

Posteriormente y en sucesivas revisiones se han ido haciendo visibles los signos de artrosis carpiana.

Actualmente está pendiente de ingreso para la práctica de una artrodesis carpiana, única vía en la actualidad para la mejora de sus molestias.

---

#### ■ COMENTARIO

Existe controversia en cuanto al adecuado tratamiento de la luxación trans-escafo-perilunar. Aunque la mayoría de los autores están de acuerdo



Figura 1. Radiografías de entrada, las características de la lesión son evidentes. La fractura de la estiloides radial es la norma en este tipo de luxaciones transcafoperilunares.



Figura 2. Tras la osteosíntesis con el tornillo, ha habido una mayor reabsorción en el foco de fractura. A pesar de que la radiografía es una simple proyección A-P de muñeca, se hace evidente la existencia del hueso escafo-lunar.



Figura 3. A los 13 meses de la lesión la desorganización carpiana es un hecho. El hueso grande haciendo cuña sobre la primera fila carpiana desplaza a escafoides por un lado y a semilunar y piramidal por otro. La medida de los ángulos carpianos muestra valores claramente patológicos: RL 30°, EL 76°, CL -17° y RE 45°.

en la reducción incruenta de la luxación, la polémica se centra en la pauta a seguir con el escafoides fracturado.

Algunos autores propugnan tratar éste como caso aislado, una vez que la luxación se ha reducido, prolongando la inmovilización el tiempo suficiente para que consolide<sup>5</sup>. Otros, sin embargo, piensan que es más lógica la práctica de una osteosíntesis una vez que ha cedido la fase aguda, argumentando que de esta forma se consigue una mayor estabilidad carpiana desde el primer momento<sup>1</sup>.

En nuestro caso la pauta terapéutica siguió las directrices del primer grupo, y sólo una vez que el retardo de consolidación se hizo evidente, decidimos la osteosíntesis de la fractura.

Ocurre en ocasiones que lesiones de mayor entidad ocultan otras de aparente menor importancia, que, sin embargo, pueden ser la clave para la resolución del problema.

No quiero con esto quitar importancia a la pseudoartrosis de escafoides existente en nuestro enfermo, sino llamar la atención hacia las lesiones del ligamento radio-escafo-lunar anterior, frecuentemente lesionado en traumatismos por dorsiflexión de muñeca, y frecuentemente ignorada su importancia sobre el posterior desequilibrio carpiano que tiene lugar. Es además nuestra impresión, que en el caso que referimos la lesión de este ligamento ha venido a crear más problemas para la consolidación del escafoides, al reducir aún más la irrigación del fragmento proximal.

La ruptura del ligamento radio-escafo-lunar es generalmente consecuencia de traumatismo en dorsiflexión o tras una torsión violenta de la muñeca. Así mismo se presenta de forma obligada en la luxación perilunar del carpo, no así en la transescafooperilunar, sencillamente porque la extremidad proximal del escafoides no pierde sus conexiones ni con el semilunar, ni con el radio.

La lesión del ligamento comienza generalmente con un desgarro en la zona de la membrana interósea que inserta en el escafoides, u ocasionalmente en el semilunar a lo largo de la porción anterior de su circunferencia. Si la violencia del traumatismo prosigue, el desgarro se extiende a toda la membrana interósea con ruptura del ligamento escafolunar superficial dorsal. Igualmente puede el ligamento radio-escafo-lunar desinsertarse del polo proximal del escafoides junto con la membrana interósea<sup>2</sup>.

Esta lesión ligamentosa trae como consecuencia, aun cuando el grado de la misma varíe en magnitud, una disociación de escafoides y semilunar, huesos cuyos movimientos están ligados con la cadena que forma la fila

proximal del Carpo. La presión en cuña que ejerce el hueso grande los separa, haciendo que el escafoides rote en flexión palmar y el semilunar en flexión dorsal. De esta forma el ángulo entre los ejes longitudinales de ambos huesos, cuando se mide en una auténtica proyección lateral, es la medida de esta disociación. El hueco existente entre escafoides y semilunar en la proyección A-P, es también diagnóstico, resultando más fácil ponerlo de manifiesto cuando las tomas se realizan en desviación radial o cubital forzadas, o bien mientras el enfermo cierra el puño con fuerza.

En ocasiones el polo proximal del escafoides protruye dorsalmente como en una subluxación, pudiendo perder su lugar en el carpo. Entonces se hace correcto el empleo del término subluxación rotatoria del escafoides usado por algunos<sup>3,4</sup>.

El semilunar puede asimismo quedar en posición de subluxación en situación de dorsiflexión, formando un ángulo con el hueso grande de  $-15^\circ$  o más. Esta medida constituye por sí sola un patrón de inestabilidad carpiana en dorsiflexión<sup>2</sup>. Las radiografías tomadas en flexión dorsal y volar demostrarán la anormal movilidad del semilunar.

Todo esto trae como consecuencia, en los casos no tratados, la producción de dolor, debilidad, limitación de la movilidad y progresiva artrosis radio-carpiana.

Los problemas cuando este tipo de lesión se presenta son dos, primero su reconocimiento y segundo su corrección.

Rara vez se reconoce la misma con la suficiente prontitud, ya que no es frecuente pensar en ella ante un enfermo que ha sufrido un traumatismo por dorsiflexión o torsión de la muñeca, que se queja de dolor en la tabaquera anatómica y en el que las radiografías de urgencia no revelan anomalías óseas destacables. El enfermo es diagnosticado de esguince de muñeca, sin que se piense necesaria una consulta posterior. En este estadio, que nunca debe pasar sin diagnosticar en el caso de luxación perilunar, el tratamiento es simple y consiste en la colocación de un vendaje enyesado bien ajustado con tres puntos de apoyo que eviten la dorsiflexión del semilunar, la flexión volar del escafoides y la migración del hueso grande. No se han observado mejores resultados con la sutura del ligamento preconizada por algunos de forma precoz.

Más adelante podemos encontrarnos con dos situaciones: que exista o no artrosis radio-carpiana. En el primer supuesto la única actitud posible es tratar la artrosis de la forma más adecuada según las preferencias. Nosotros somos partidarios de una artrodesis intercarpiana. De no existir



Figura 5. Cuarto estadio de la enfermedad. Colapso del Semilunar más signos evidentes de artrosis radio-carpiana.

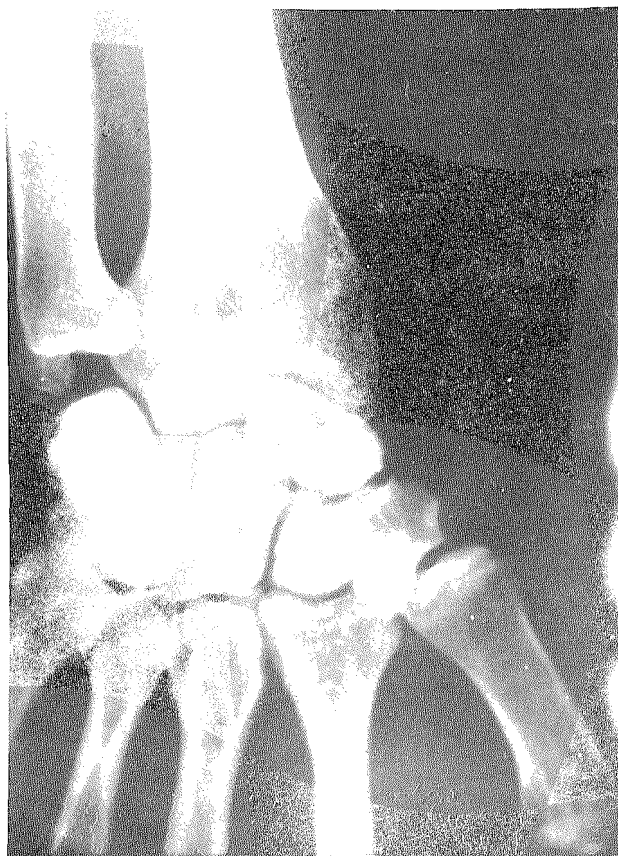


Figura 6. Quiste sinovial intraóseo en un enfermo operado de enfermedad de Kiemböck mediante sustitución protésica.



Figura 7. En ocasiones el hueco escafo-lunar puede ser muy llamativo. Aquí, además el Escafoides ha rotado a flexión volar de forma tan marcada que incluso es ostensible en la proyección A-P.



Figura 8. Subluxación volar del Semilunar (dorsiflexión). El Escafoides, sin embargo, guarda sus relaciones con el Radio.





Figura 9. Cuando la intervención está correctamente indicada y adecuadamente realizada, incluso son buenos los resultados radiológicos.



Figura 10. Artrosis Radio-carpiana de aparición postquirúrgica. Es notable la dorsiflexión del Semilunar. El enfermo, sin embargo, no refiere aún molestias destacables.

artrosis están justificados los intentos de reparación del ligamento puesto que a estas alturas, se da como plazo el paso de 4 semanas desde la fecha del accidente, el tratamiento conservador no va en absoluto a beneficiar al enfermo. Como puede comprenderse, en este momento no es ya posible la sutura del ligamento y su reparación sólo se consigue mediante la sustitución con fascia o tendón del ligamento. En cualquier caso y aún cuando la mejoría clínica sea evidente, las radiografías mostrarán aún la persistencia del hueco escafo-lunar en mayor o menor grado al igual que nunca será completa la mejoría de los ángulos carpianos.

## ■ RESUMEN

Se presenta un caso de luxación trans-escafo-perilunar asociada a la lesión de los ligamentos radio-escafo-lunares, lo que ha planteado especiales problemas de tratamiento.

Se llama la atención a cerca de la importancia de este tipo de lesiones, bien de forma aislada o bien combinadas con traumatismos mayores de muñeca, al tiempo que se hace un resumen sobre su tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. FLYNN, J. editor: *Hand Surgery*, ed. 2, Baltimore, 1975, The Williams & Wilkins Co.
2. PALMER, A. K., DOBYNS, J. H., and LINSCHIED, R. L.: «Management of Post-traumatic Instability of the Wrist Secondary to Ligament Rupture». *The Journal of Hand Surgery*, 3, 507-532, Nov. 78.
3. THOMPSON, T. C., CAMPBELL, R. D. and ARNOLD, W. D.: «Primary and Secondary Dislocations of the Scaphoid Bone». *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 46-B, 73-82, 1964.
4. VAUGHAN-JACKSON, O. J.: «A case of Recurrent Subluxation of the Carpal Scaphoid». *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 31-B, 532-533, 1949.
5. WATSON-JONES, edited by WILSON, J. N.: *Fractures and Joint Injuries*, ed. 5, Edinburgh, 1976, Churchill Livingstone.