

Luxación inveterada carpo-metacarpiana del quinto dedo: diagnóstico y tratamiento

P. UCEDA CARRASCOSA⁽¹⁾, F.J. RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ⁽²⁾, F. GONZÁLEZ MUÑOZ⁽³⁾

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA. CÁDIZ

⁽¹⁾ MÉDICO ADJUNTO

⁽²⁾ MÉDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO

⁽³⁾ JEFE DE SERVICIO

Correspondencia:

Dra. Pilar Uceda Carrascosa
Hospital de Jerez de la Frontera
Carretera Sevilla-Cádiz, s/n
11405 Jerez de la Frontera (Cádiz)
Teléf: 956 032 649
Fax: 956 032 251
e-mail: pilaruced@wanadoo.es

Las luxaciones aisladas de la articulación carpometacarpiana del quinto dedo son infrecuentes. Nalebuff clasificó estas luxaciones según el desplazamiento de la base del quinto metacarpiano. Una paciente con luxación volar-cubital carpometacarpiana del quinto dedo fue remitida a la consulta de mano doce meses después de la lesión. En lesiones agudas la reducción cerrada es la técnica utilizada. Sin embargo en situación de retraso en el tratamiento la reducción abierta proporciona mayor éxito funcional.

Palabras clave: articulación carpo-metacarpiana quinto dedo, luxación carpo-metacarpiana, reducción abierta.

Isolated dislocation of the fifth carpometacarpal joint is rare. Nalebuff classified these dislocation according to the displacement of the fifth metacarpal base. A patient with an ulnopalmar fifth carpometacarpal joint dislocation was referred to the hand clinic twelve months later the injury. Close reduction has commonly been used in dislocation acute. However in situation with delay in treating the open reduction offers more success functional.

Key words: fifth carpometacarpal joint, carpometacarpal dislocation, open reduction.

Rev. Iberam. Cir. Mano – Vol. 36 • Núm. 1 • Mayo 2008 (68-71)

INTRODUCCIÓN

La luxación aislada carpo-metacarpiana del quinto dedo es infrecuente y puede pasar inadvertida. Los autores presentan un caso de luxación volar-cubital de la base del quinto metacarpiano de un año de evolución. Se realiza un recuerdo anatómico de esta articulación y se discuten etiología, diagnóstico y opciones de tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años, ama de casa, remitida a la Unidad de Mano de nuestro Servicio por deformidad y dolor en el quinto dedo de la mano derecha. Refiere caída un año antes, quedando la mano derecha atrapada entre el tórax y el suelo. El episodio fue diagnosticado como contusión y se trató con férula antebraquial veinte días. En consulta verificamos deformi-



Figura 1. Quinto dedo en abducción, supinación y acortado.

dad del quinto dedo en abducción, supinación y acortamiento (**Figura 1**). La base del metacarpiano se palpaba proximalmente en la zona hipotenar. La paciente tenía debilidad para el agarre, imposibilidad para retener objetos pequeños con el puño cerrado y dolor persistente en zona volar-cubital. El balance articular era completo. En las radiografías se diagnosticó luxación inveterada volar-cubital de la articulación carpo-metacarpiana del quinto dedo. (**Figura 2**)

Tres semanas después, bajo anestesia braquial y tras intento de reducción cerrada sin éxito, se realiza un abordaje longitudinal medial en el tercio proximal del quinto radio y zona carpiana. El tendón de los músculos *extensor carpi ulnaris* y *extensor digiti minimi* estaban indemnes. El espacio articular carpo-metacarpiano presentaba abundante tejido fibroso rodeando al hueso ganchoso. La base del quinto metacarpiano estaba luxada en sentido palmar-



Figura 3. Resultado postoperatorio inmediato, y a los dos años, en que se conserva el espacio articular.



Figura 2. Proyecciones radiográficas anteroposterior y oblicua en las que se aprecia la luxación carpo-metacarpiana del quinto dedo.

cubital. Una vez resecado el tejido fibroso, se consiguió la reducción con maniobras de tracción y pronación. Se introdujo una aguja de Kirschner desde la base del quinto metacarpiano hacia el ganchoso y otra desde la base del quinto metacarpiano a la del cuarto metacarpiano (**Figura 3**). Se colocó una férula antebraquial durante seis semanas, iniciando después la rehabilitación. Las agujas se retiraron a las ocho semanas.

Tras dos años de seguimiento las radiografías muestran una adecuada congruencia articular y el mantenimiento del espacio carpo-metacarpiano (**Figura 3**). La paciente está asintomática y el aspecto estético de la mano es bueno. La fuerza de agarre medida de manera objetiva con dinamómetro JAMAR es similar a la mano contralateral. Tampoco hay déficit de movilidad (**Figura 4**).

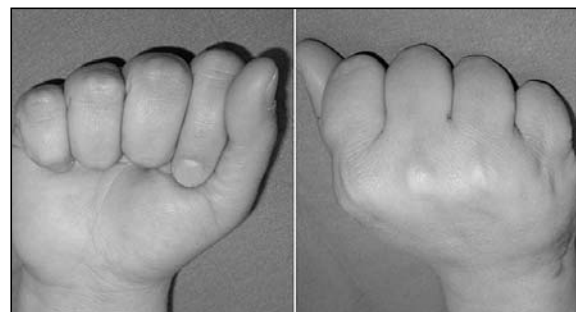


Figura 4. Aspecto a los dos años, con buena función de agarre, y sin alteraciones del eje de movimiento.

DISCUSIÓN

La articulación hamato-metacarpal participa en el agarre y asegura que el quinto dedo, al flexionarse dentro de la mano, mantenga contacto con el cuarto dedo¹.

Las bases de los metacarpianos van disminuyendo la concavidad de radial a cubital. La base del quinto metacarpiano tiene sólo una cara articular estabilizada con ligamentos carpo-metacarpianos dorsales y volares, destacando el ligamento hamatometacarpal y el ligamento pisometacarpal que refuerzan la articulación carpometacarpiana del quinto dedo. Estudios en cadáveres han demostrado que el ligamento intermetacarpal del cuarto y quinto dedo es el estabilizador primario de esta articulación². Estos factores, junto con la mayor movilidad del cuarto y quinto metacarpiano, condicionan la estabilidad de esta articulación.

La luxación aislada de la articulación carpo-metacarpiana del quinto dedo es infrecuente y más habitual dorsal que volar. Suele asociarse a fracturas o luxaciones de otras articulaciones de los dedos, de los metacarpianos, o de los huesos del carpo³. La luxación volar puede ser radial o cubital⁴.

Los pacientes no suelen concretar la dirección del traumatismo. Un golpe sobre la cabeza del quinto metacarpiano o en el borde cubital de la mano provoca la luxación volar. La fuerza aplicada en el dorso de la mano con la muñeca en flexión volar ocasiona la luxación dorsal¹.

Nalebuff⁴ describió que en la luxación volar-radial, se produce el desgarrar de todos los ligamentos y estructuras tendinosas que refuerzan la articulación y en la luxación volar-cubital quedan intactos los tendones de los músculos *flexor carpi ulnaris* y *extensor carpi ulnaris* y el ligamento pisometacarpal².

Una radiografía de la mano a 30° de pronación proporciona una buena imagen de la articulación carpometacarpiana del quinto dedo²,

pero la luxación puede pasar inadvertida si no hay fractura asociada⁵. La radiografía bajo tensión en el eje del quinto dedo descrita por Yamakado et al., ayuda al diagnóstico de la luxación⁵. La tomografía axial computerizada se indica ante duda diagnóstica⁵.

Mientras que la luxación volar-radial requiere reducción abierta, fijación y reparación de los tejidos blandos, la luxación volar-cubital suele ser estable con reducción cerrada e inmovilización enyesada, y sólo en caso de inestabilidad esta indicada la fijación percutánea². La reducción abierta se justifica ante la presencia de fragmentos óseos interpuestos¹.

El retraso diagnóstico de la lesión se produce por pasar inadvertida en la radiografía⁵. En fase aguda, la inflamación oculta la deformidad clínica, y cuando el ligamento pisometacarpal queda indemne, el desplazamiento es menor. De los veinte casos de luxaciones carpo-metacarpianas del quinto dedo que hemos encontrado referenciados en la literatura, sólo tres son luxaciones inveteradas. Autores como Hazlett⁶ recomiendan la escisión de la base del quinto dedo y fusión con el hueso ganchoso. Revisando la literatura, encontramos un trabajo de luxación inveterada de seis meses de evolución que se trató con reducción abierta y fijación, siendo el resultado satisfactorio¹. Esto nos animó a utilizar la misma técnica.

CONCLUSIONES

La luxación aislada carpo-metacarpiana del quinto dedo es infrecuente. Puede presentarse ante traumatismos sobre el borde cubital de la mano. Las consecuencias cosméticas y funcionales que provoca justifican su reducción temprana y estabilización. Con un estudio radiográfico oblicuo de la mano a 30° de pronación, o con la radiografía bajo tensión, evitaríamos una demora o errores en el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen VT. Dislocation of carpometacarpal joint of the little finger. *J Hand Surg Br*, 1987; 12: 260-3.
2. Lintner SA, Rettig AC. Isolated volar carpometacarpal dislocations of the fifth digit. *Am J Orthopedics*, 1995; 24: 918-9.
3. Chao L, Chang M, Liu Y, et al. Double dislocations of the fourth and fifth metacarpals. *Orthopedics*, 1998; 21: 1147-8.
4. Nalebuff EA. Isolated anterior carpometacarpal dislocation of the fifth finger. Classification and case report. *J Trauma*, 1968; 8: 1119-23.
5. Yamakado K, Hashimoto F, Nagata S, et al. Isolated dislocation of the fifth carpometacarpal joint diagnosed by stress X-rays. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2000; 120: 529-30.
6. Hazlett JW. Carpometacarpal dislocations other than the thumb. A report of 11 cases. *Can J Surg*, 1968; 11: 315-23.