

Le faltó volar: lesión compleja de la muñeca secundaria a agresión con arma blanca

Bárbara Sola Duque, Alejandro Sicilia Castresana, Francisco Chana Rodríguez, José Antonio Calvo Haro, Francisco Javier Vaquero Martín

Las lesiones por machete son un motivo poco frecuente de atención en urgencias en nuestro medio. Existen estudios sobre la epidemiología y las características de las lesiones por este tipo de arma realizados en otros ambientes, especialmente en países en vías de desarrollo, donde el uso agrícola de estas herramientas es más común.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente atendido en nuestro centro tras una agresión en la vía pública con un machete, enfatizando la gravedad de las lesiones potenciales que pueden producir este tipo de instrumentos



1. Imagen clínica con exposición de articulación radiocarpiana (carilla articular del radio en parte inferior de imagen, escafoides y semilunar en la superior)
2. Radiografía simple preoperatoria

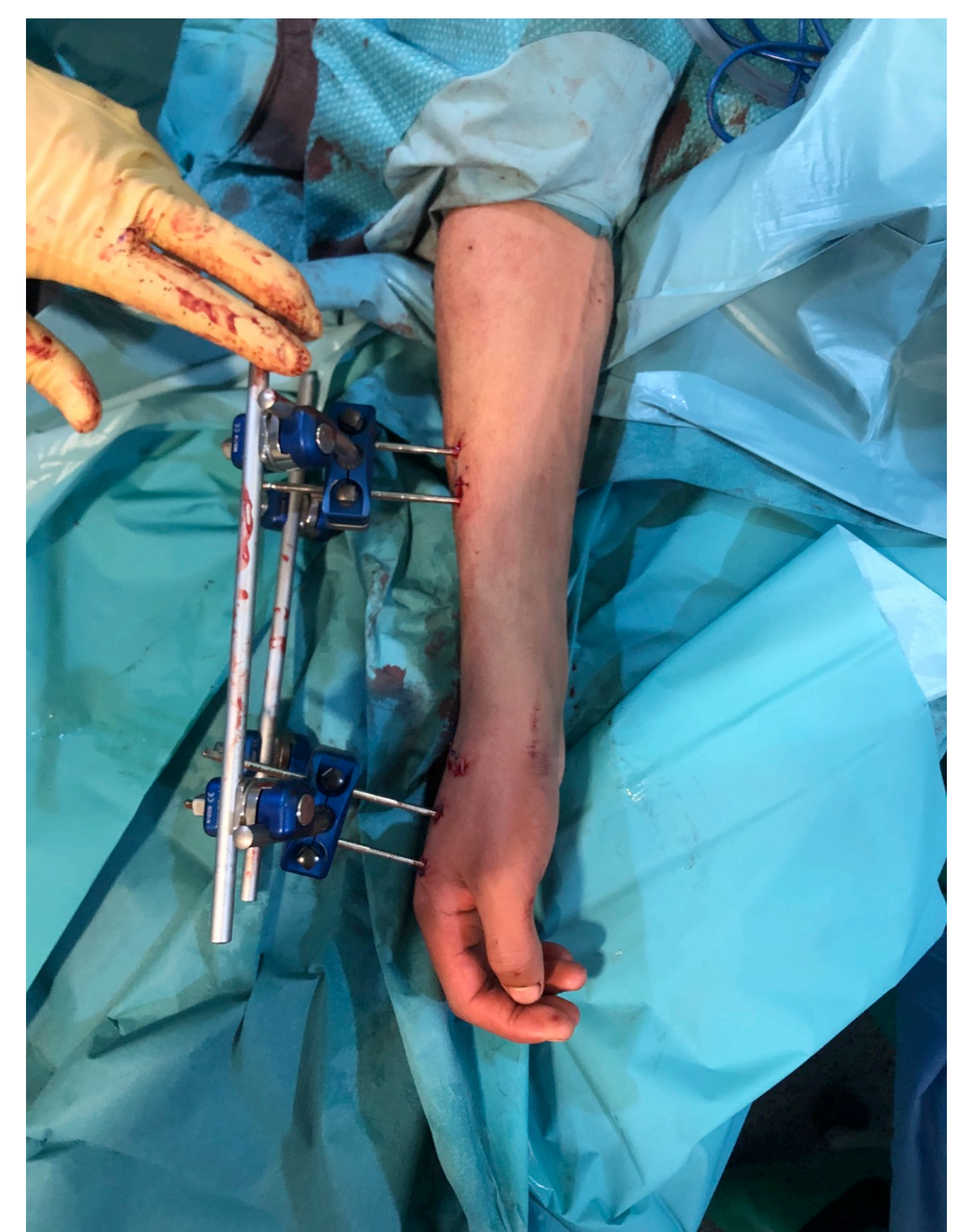
Según estudios previos en otros medios y en nuestro caso, este tipo de heridas suelen requerir revisión quirúrgica en prácticamente la totalidad de los casos para reparaciones tendinosas, vasculares o nerviosas. La región anatómica más frecuentemente afectada es la extremidad superior, especialmente el borde cubital debido a la naturaleza defensiva de estas lesiones, y en más de la mitad de las ocasiones se asocian a fracturas abiertas.

Un varón de 16 años es traído a nuestro centro por los servicios de urgencias extrahospitalarias tras una agresión con machete. En la evaluación inicial se identifican múltiples heridas en región occipital y en hombro derecho sin afectación profunda y una herida a través de la articulación radiocarpiana izquierda con aparente sección de todas las estructuras dorsales y exposición articular sin sangrado activo.

Se decide realizar una cirugía urgente de revisión en la que se identificaron las siguientes lesiones: secciones completas de flexor cubital del carpo, extensores cubital del carpo, propio del 5º dedo y del índice, común de los dedos y radiales largo y corto; sección parcial del nervio cubital, cápsula dorsal de la articulación radiocarpiana y fracturas de escafoides, semilunar y radio distal. Se comprobó la integridad de las arterias radial y cubital, los nervios mediano y radial y del resto de estructuras tendinosas.

Se procedió a realizar la tenorrafia, neurorrafia y reparación capsular de las estructuras previamente mencionadas y la colocación de un fijador externo de muñeca.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones de la herida y se retiró el fijador externo a las 4 semanas de la intervención.



3. Imagen clínica postoperatoria