

FRACTURA ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO CON DESTRUCCIÓN ÓSEA Y LESIÓN NERVIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Román Bencano, B., Jiménez Guardado, A., Benito Caparrós, M.A., De Vega Abreu, P.

Hospital Infanta Elena. Huelva

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de los metacarpianos tienen, en general, mejor pronóstico que las falángicas. No obstante, las fracturas del primer y segundo metacarpiano tienen una mayor relevancia debido a su importancia para la realización de la pinza.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es remarcar la gran importancia de un precoz y correcto diagnóstico y tratamiento para intentar evitar posibilidades complicaciones y secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente varón de 52 años con fractura abierta grado III Gustilo del 1º MTC de la mano izquierda, con lesión tendinosa y nerviosa asociadas, tras un accidente de tráfico. En la Rx se objetiva una fractura conminuta con pérdida ósea del primer metacarpiano. Tras una primera exploración quirúrgica vemos una herida anfractuosa en el borde radial con exposición muscular, afectación del extensor largo del pulgar y del nervio colateral radial, y fractura abierta grado III Gustilo. Como primer tratamiento de control de daños, se realiza una limpieza exhaustiva y profunda de la herida, profilaxis antibiótica y antitetánica, reparación tendinosa y nerviosa, y colocación de fijador externo en base de metacarpiano y falange proximal.



En un segundo tiempo se realiza un tratamiento quirúrgico reconstructivo: se refrescan bordes óseos, se retiran fragmentos desvitalizados y se obtiene un injerto óseo tricortical de cresta iliaca que se talla para su colocación y posterior fijación con placa en T para la realización de una artrodesis MCF del pulgar.



RESULTADOS:

Tras la intervención, mantuvimos la inmovilización con una férula durante 6 semanas, con curas periódicas y posterior derivación a rehabilitación.

Al mes, el paciente aún no consigue realizar la oposición del pulgar. Realiza la pinza con dificultad con todos los dedos excepto con el 5º y aún no presenta fuerza completa para la pinza. EVA 4.

A los 3 meses, consigue realizar la pinza con el 5º dedo y una oposición del 50%. Se visualiza una consolidación radiológica del injerto. Sensibilidad conservada. EVA 3.

A los 4 meses, objetivamos una mejora considerable de la fuerza de la pinza. EVA 3.

Al año, presenta pinza funcional, con fuerza, sin dolor, oposición del pulgar del 75%. EVA 3.

Como complicación el paciente presenta una dehiscencia de sutura con exposición de placa. Tras un tratamiento antibiótico que resulta efectivo para la resolución de dicha complicación, a los 8 meses de la cirugía se retira material de osteosíntesis, constatándose una completa consolidación y un pulgar funcional.

CONCLUSIONES:

Las lesiones graves que comprometen la función de la pinza son de gran importancia, y de su precoz y correcto diagnóstico y óptimo manejo terapéutico depende una buena recuperación del paciente para evitar por tanto posibles complicaciones y secuelas.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Chong HH, Han MY, Shah R, Singh H. Management of little finger metacarpal fractures: A meta-analysis of the current evidence. J Hand Surg Asian Pac Vol. 2020;25(3):281–90.
- 2.Lese AB, Waggy CA. Hand and finger injuries: Metacarpal fractures. FP Essent. 2021;500:13–20.
- 3.Lee MH. Fractures of the proximal phalanx and metacarpals in the hand: preferred methods of stabilization. J Am Acad Orthop Surg. 2008;16(10):586–95.
- 4.Başar H, Başar B, Başçı O, Topkar OM, Erol B, Tetik C. Comparison of treatment of oblique and spiral metacarpal and phalangeal fractures with mini plate plus screw or screw only. Arch Orthop Trauma Surg. 2015;135(4):499–504.
- 5.Zhang B, Hu P, Yu K-L, Bai J-B, Tian D-H, Zhang G-S, et al. Comparison of AO titanium locking plate and screw fixation versus anterograde intramedullary fixation for isolated unstable metacarpal and phalangeal fractures. Orthop Surg. 2016;8(3):316–22.
- 6.Zyluk A, Budzyński T. Treatment of metacarpal and phalangeal fractures—a review. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol. 2006;71(4):299–308.

C O N G R E S O
SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA