

FRACTURA LUXACION DE MONTEGGIA ASOCIADA A LUXACION TRANSESCAFOLUNAR

- Cesar Soriano Vigil
- Lydia Jimenez Alcazar
- Jose María Valmaña de la Sotilla
- María AngelesMartinez Calvo
- Miguel Angel Plasencia Arriba
- Barbara Batres Cld

Caso Clínico:

- Varón de 21 años , asiático, sin antecedentes patológicos personales ; que tras caída por las escaleras presenta dolor en codo y muñeca izquierda , más acusado en codo .
- Examen físico: herida incisa en zona dorso lateral de codo de aproximadamente 3 cm; a nivel de codo,muñeca izquierda deformidad, dolor e impotencia funcional, exploración neurovascular distal normal.
- Es **diagnosticado** de : fractura de Monteggia abierta , Gustilo tipo II y Luxación transescafolunar.



Tratamiento :

- En urgencia se administra antibiótico , sutura herida incisa a nivel de codo con grapas , se realiza reducción cerrada e inmovilización con férula .
- Tras 72 horas con antibiótico intravenoso se **realiza cirugía**: abordaje posterior con reducción abierta y síntesis con placa LCP de 8 agujeros en cúbito . Abordaje dorsal y volar para reducción de luxación transescapolar y fijación con agujas, síntesis de fractura de escafoides con tornillo de compresión micro sin cabeza.



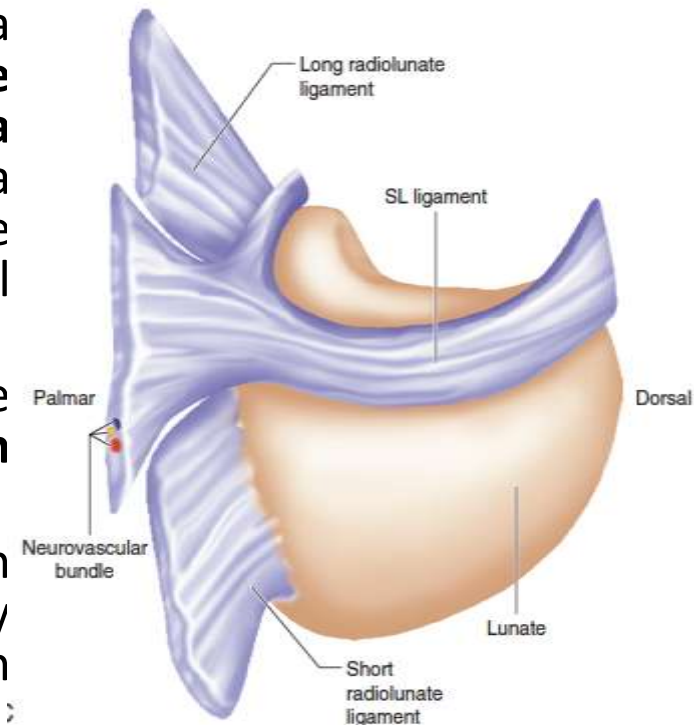
Evolución:

- El paciente fue seguido a través del tiempo , tuvo un postoperatorio **sin incidencias**.
- Se le retiro las agujas a las 3 semanas y se cambió la férula de codo por una antebraquial por 1 semana más, de ahí se inicio rehabilitación y control ,con visitas periódicas para valorar la evolución clínica y radiográfica.
- Presentando resultados radiográficos y funcionales a los 12 meses de seguimiento satisfactorios similares al miembro contralateral.



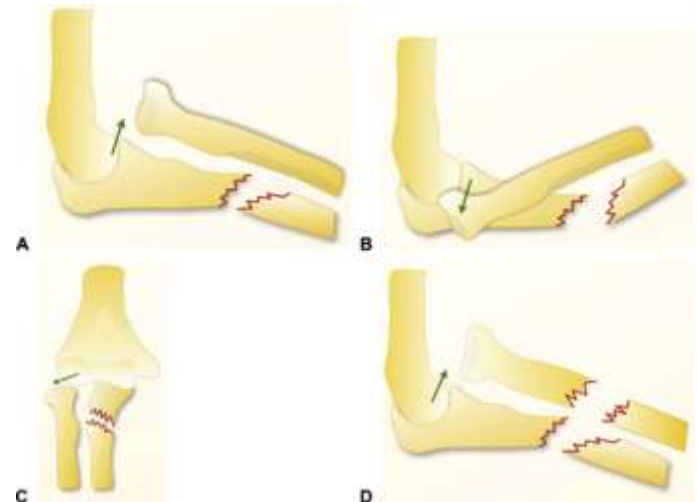
Luxación escafolunar

- **Mayfield** demostró 4 estadios de disrupción del carpo , que va desde radial hacia cubital, desde la luxación del ligamento escafosemilunar hasta la dislocación del semilunar a la fosa del carpo .
- La articulación radiocarpiana palmar, escafosemilunar y lunopiramidal son de mayor importancia clínica , asegurando una buena supinación y pronación , la lesión de estos daría como resultados **dolor crónico , artrosis e inestabilidad**; los cambios radiográficos a **una artrosis precoz son comunes** pero no se ha demostrado consistentemente que esto condicione a unos peores resultados funcionales a través del tiempo .
- Es muy importante tener en cuenta este diagnostico ya que un 25% aproximadamente **pasan desapercibidas**.
- Es recomendable un tratamiento temprano con agujas estabilizadoras o reducción abierta y fijación, esta última para comprobar la reducción del carpo y los posibles fragmentos condrales .



Fractura luxación de Monteggia

- Fractura de cúbito con luxación de radio .
- Clasificación en este paciente : Bado III.
- En el tipo II , subclasificación de Júpiter , conviene **descartar fractura de cabeza de radio** que puede estar en un 65%, valorar un TAC ;se asocian a peores resultados aunque muchos autores no encuentran correlación.
- Peores resultados en fracturas intrarticulares de la cabeza de radio conjunto con apófisis coronoide.



- Tratamiento conservador en el adulto no es apropiado , el tratamiento debe incluir reconstrucción anatómica del cubito , despues de esto la cabeza del radio normalmente se reduce espontáneamente (87 %)o con manipulación cerrada, como fue en este paciente.
- Si hay fractura de cabeza de radio se recomienda primero sintetizar esta y luego el cúbito.
- Porcentaje de pacientes no diagnosticados en el momento agudo va entre el 16 al 52 % .
- En adultos mas frecuente Bado II, niños el tipo I.



Conclusiones:

- Las fracturas-luxaciones asociadas en codo y muñeca son raras, normalmente debida a traumatismos de alta energía, es muy importante su reconocimiento y evaluación minuciosa para no dejar desapercibido **lesiones asociadas**.
- La rareza de estas lesiones hace que tengamos que individualizar su tratamiento , en este caso creemos que hubo un manejo quirúrgico y postquirurgico adecuado dando resultados funcionales y radiológicos satisfactorios.
- **Pronto reconocimiento , un tratamiento quirúrgico a tiempo intentando una reducción anatómica y una fijación estable , nos darán resultados satisfactorios a largo plazo.**



Bibliografía:

1. Ring D, Jupiter JB, Simpson NS. Monteggia fractures in adults. J Bone Joint Surg[Am] 1998;80-A:1733-44.
2. Monteggia fractures in adults, LONG-TERM RESULTS AND PROGNOSTIC FACTORS, J BONE JOINT SUR June 2007, 89-B:354-60.
3. International Wrist Investigators' Workshop Terminology Committee. Wrist: terminology and definitions. J Bone Joint Surg Am 2002; 84-A Suppl 1:1.
4. Rettig AC. Athletic injuries of the wrist and hand. Part I: traumatic injuries of the wrist. Am J Sports Med 2003; 31:1038.
5. Le TB, Hentz VR. Hand and wrist injuries in young athletes. Hand Clin 2000; 16:597.
6. García-Mata S: Carpal scaphoid fracture nonunion in children, J Pediatr Orthop 22:448, 2002.
7. Gholson JJ, Bae DS, Zurakowski D, Waters PM: Scaphoid fractures in children and adolescents: contemporary injury patterns and factors influencing time to union, J Bone Joint Surg 93A:1210, 2011.
8. Hui JH, Sulaiman AR, Lee HC, et al: Open reduction and annular ligament reconstruction with fascia of the forearm in chronic Monteggia lesions in children, J Pediatr Orthop 25:501, 2005.

GRACIAS