

RECONSTRUCCIÓN DEL PRIMER METACARPIANO EN MANO CATASTRÓFICA.

Un manejo ortopédico

Adán Laguna, J; Puyuelo Martínez, G; Pindado García, C; Roche Alberro, A; Martín Hernández, C
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

El manejo de las fracturas abiertas requiere un abordaje multidisciplinar para seleccionar la mejor técnica reconstructiva según el tipo de lesión. Se presenta el **manejo ortopédico** de un degloving del primer dedo con importante defecto óseo, en el contexto de un **antebrazo catastrófico en un paciente politraumatizado**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 58 años que tras accidente de tráfico presenta degloving de primer dedo con afectación de musculatura tenar e importante defecto óseo en zona diafisaria de primer metacarpiano. Asocia además fractura diafisaria de 2º metacarpiano, luxación de base de 3º, 4º y 5º metacarpiano, luxación de ganchoso y fractura de trapecio y piramidal. En **cirugía de control de daños** se realiza reducción y fijación con AK de metacarpos a segunda hilera, y piramidal-semilunar y ganchoso-grande. Se estabiliza primer dedo con fijador externo Penning tipo mini-fragmento.

Tras estabilización en UCI, se coordina con Cirugía Plástica nueva intervención para **cobertura del defecto en primer dedo mediante colgajo libre lateral de brazo contralateral**. Cinco días más tarde, se objetiva falta de viabilidad del colgajo, por lo que se reinterviene realizando colgajo inguinal pediculado; que tras tres semanas se individualiza del pedículo manteniendo el fijador externo.

La evolución favorable de las lesiones torácicas asociadas y de las partes blandas reconstruidas, permiten plantear un mes después **cirugía reconstructiva del primer metacarpiano**. Se realiza abordaje en colaboración con cirugía plástica protegiendo el colgajo, y se reseca el cartílago de la falange proximal del 1er dedo. Se extrae **injerto de cresta iliaca estructural** de 3,5 cm que se talla para reconstrucción del metacarpiano, y se realiza **artrodesis metacarpofalángica** mediante placa 2.0 compact hand. Se inmoviliza con férula. Siendo el postoperatorio favorable, es dado de alta.



FIGURA 1. A, B- Fotografía en urgencias C- Rx inicial

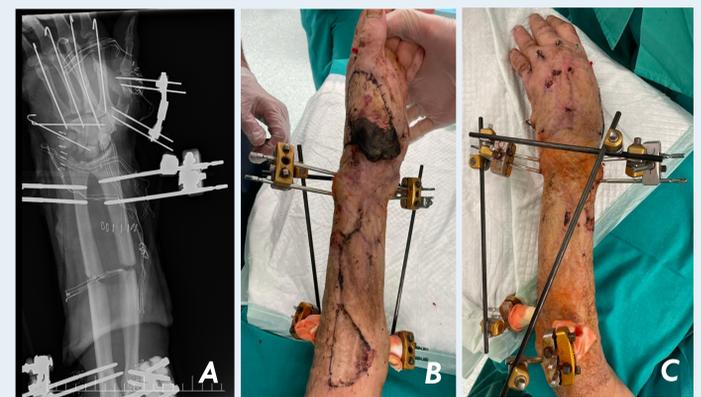


FIGURA 2. A- Rx damage control B, C- Evolución de colgajos

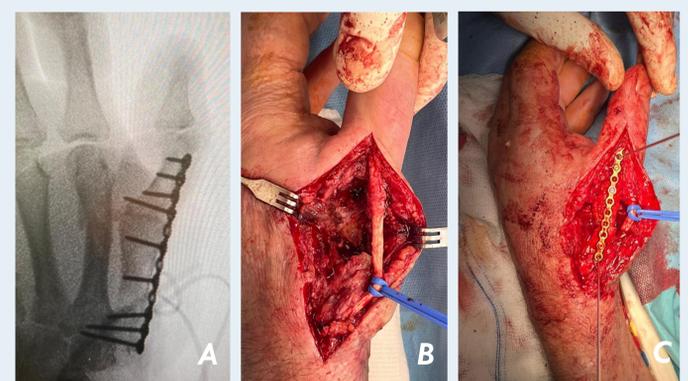


FIGURA 3. A- Rx control B, C- Defecto óseo y reconstrucción



FIGURA 4. A: Rx control (8 sem); B,C: Movilidad en revisión (8 sem)

RESULTADOS

En revisiones posteriores se objetiva correcta evolución del colgajo cutáneo, e **integración** del injerto tricortical en primer radio. Persiste extensión incompleta de 3º a 5º dedo, pero el paciente presenta una **pinza funcional** con aumento progresivo de fuerza con rehabilitación.

DISCUSIÓN

En el manejo de fracturas que involucren al primer dedo, la prioridad será la **conservación de la pinza**. Las lesiones traumáticas con grandes defectos de cobertura requieren un **manejo ortopédico** para la correcta reconstrucción.