

Caída en motocicleta de varón de 35 años

Guillem Salvà Coll, Xavier Terrades Cladera, Carlos Pérez Uribarri, Ángel Arturo López González¹, M^a Jesús Osés Pérez de Labeaga², Montserrat Pons Rodríguez³

Caso clínico

Varón de 35 años de edad, atendido en Urgencias después de padecer un traumatismo en motocicleta. Presentaba una fractura de meseta tibial en la rodilla derecha, que requirió ingreso hospitalario y tratamiento quirúrgico. Después de una evolución postoperatoria correcta, al recibir el alta hospitalaria siete días después, se le recomendó la deambulación en descarga de la extremidad operada, asistida con muletas. Fue entonces cuando inició molestias en la muñeca derecha. Se realizó un estudio radiográfico (imágenes 1 y 2), el cual fue interpretado como normal, diagnosticándose “esguince” de muñeca, y no fué inmovilizado debido a la necesidad de mantener la mano libre para deambular con muletas. La evolución de la lesión de rodilla fue sin complicaciones, pero el dolor en la muñeca fue en aumento. Al cabo de tres semanas se repitió el estudio radiográfico de la muñeca.



Imágen 1

Imágenes 1 y 2: Radiografías iniciales en proyecciones postero-anterior y perfil, en las que no se aprecia la fractura.



Imágen 2

Diagnóstico

El nuevo estudio (imágenes 3 y 4) objetiva una fractura de escafoides. En este momento, se decidió que la mejor opción terapéutica era la osteosíntesis con un tornillo, debido a la lesión concomitante en la rodilla, la gran sollicitación funcional de la muñeca y el tiempo transcurrido de evolución.

Discusión

El escafoides es el que más frecuentemente se lesiona en los traumatismos del carpo, especialmente en individuos en edad laboral. Es un hueso articular en casi su totalidad, lo que limita las zonas de aporte vascular. En la mayoría de individuos el aporte sanguíneo del escafoides sigue un trayecto retrógrado desde la tuberosidad hacia el polo proximal, lo que determina en gran medida una de las más frecuentes y temidas complicaciones de la fractura de escafoides: la pseudoartrosis o falta de consolidación.

Cuando se evalúa un paciente con una lesión en la muñeca y con radiografías normales, es importante tener en mente tres principios básicos:

1.- La fractura de escafoides es típica en pacientes jóvenes y adultos activos. El diagnóstico de una fractura de escafoides en pacientes mayores de 50 años y en pacientes jóvenes en edad de creci-

IBACMA. Institut Balear de Cirurgia de la Mà i Microcirurgia.

1. SPRL de GESMA.

2. Servicio de Radiología H S Llatzer.

3. Servicio de Pediatría H Manacor.

Notes de lectura

miento debe ser puesto en duda. En estos grupos de edad es mucho más probable una fractura distal de radio que una de escafoides.

2.- Además de la palpación del escafoides a nivel de la tabaquera anatómica (entre el extensor largo del pulgar y el extensor corto-abductor largo del pulgar), se puede palpar la tuberosidad distal del escafoides en la cara palmar. El test de compresión del escafoides (compresión axial del primer metacarpiano hacia la muñeca), es un test específico y sensible en casos de lesión del escafoides.

3.- Debido a la compleja anatomía del escafoides, deben realizarse proyecciones radiológicas específicas (proyección postero-anterior de la muñeca en posición neutral y desviación cubital, perfil estricto de la muñeca, y proyección oblicua en 45° de supinación y 45° de pronación), antes de concluir que la radiología es negativa.

El diagnóstico de fractura de escafoides en la fase aguda sigue siendo un reto en la actualidad, para llegar a él es imprescindible una alta sospecha clínica y la práctica de una minuciosa exploración de la muñeca junto con un estudio radiológico correcto. Incluso así, a veces es casi imposible objetivar la lesión. Por esto, ante una lesión traumática de la muñeca, producida habitualmente en hiperextensión de la mano, y con una elevada sospecha clínica de fractura de escafoides, aunque no se haya podido confirmar la fractura, se recomienda tratar esta lesión como una fractura de escafoides, y repetir la exploración física y el estudio radiológico entre los 12 -15 días después del traumatismo para confirmar o descartar el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento de la fractura de escafoides depende básicamente de dos factores: edad y ocupación del paciente, y en segundo lugar de las características de la fractura (localización y desplazamiento). Las fracturas desplazadas son de tratamiento quirúrgico, que consiste habitualmente en la osteosíntesis del hueso con un tornillo canulado y posterior inmovilización durante dos-tres semanas si no hay lesiones asociadas. Las fracturas no desplazadas son tributarias de tratamiento conservador. El tratamiento conservador clásico consiste en la inmovilización con un yeso antebraquial, de la muñeca en posición funcional (extensión de la muñeca entre 15-30°), incluyendo el pulgar en abducción palmar, inmovilizado completamente hasta la base de la uña molde-



Imágen 3

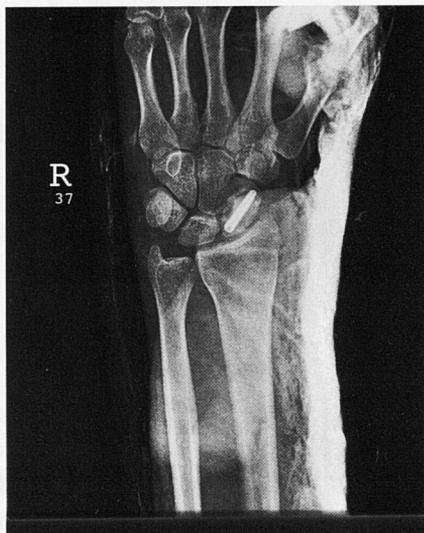


Imágen 4

Imágenes 3 y 4: Radiografías a las 3 semanas, el las que, por resorción del foco de fractura, se puede observar la fractura en las dos proyecciones, a nivel del cuerpo del escafoides.

ando la membrana interósea. El tiempo de inmovilización varía entre 8 y 12 semanas. A veces incluso se tiene que prolongar, especialmente cuando la fractura afecta el polo proximal del escafoides. La inmovilización con yeso 10-12 semanas en general es suficiente. La confirmación radiológica de consolidación de la fractura es a menudo difícil. En caso de duda, está indicado prolongar el tiempo de inmovilización y la realización de otras pruebas complementarias para confirmar la consolidación ósea de la fractura.

El tratamiento de las fracturas de escafoides no desplazadas con yeso es un método seguro y fiable, con un 90-95% de buenos resultados. A pesar de esto, el tiempo de inmovilización y la necesidad posterior de rehabilitación de la muñeca, junto con las nuevas técnicas quirúrgicas que han aparecido para el tratamiento de estas fracturas, hacen que la elección entre el tratamiento conservador y el quirúrgico sea cada vez menos claro, puesto que la reincorpora-



Imágenes 5 y 6: Radiografías postoperatorias, en las que se observa el tornillo calculado utilizado para tratar la fractura en esta ocasión.

ción a las actividades habituales es mucho más rápido con el tratamiento quirúrgico. Generalmente se acepta como indicaciones de cirugía: fractura desplazada, retraso en el diagnóstico de la fractura, pseudoartrosis (falta de unión) y fracturas con lesiones asociadas (ligamentosas, tendinosas, cutáneas, fracturas de otros huesos del carpo, luxaciones,...)

La complicación más frecuente de la fractura de escafoides es la falta de consolidación o pseudoartrosis. Este hecho provoca cambios en la biomecánica del carpo, provocando una inestabilidad carpiana secundaria, que a largo plazo provoca artrosis radiocarpiana y mediocarpiana. En la literatura anglosajona se conoce como SNAC (Scaphoid Nonunion Advanced Collapse), colapso avanzado del carpo por pseudoartrosis del escafoides. El tratamiento de esta condición es casi siempre quirúrgico, requiriendo en la mayoría de los casos la realización de injerto autólogo de cresta iliaca, fijación interna con agujas de Kirschner o tornillos canulados. En casos donde hay necrosis avascular del polo proximal, puede requerirse la realización de colgajos óseos vascularizados. En casos más avanzados con signos de artrosis carpiana, artrodesis parciales, o incluso total para disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad.

Conclusiones

El objetivo de cualquier tratamiento debe ser la recuperación de la función lo más rápido posible reduciendo al mínimo el riesgo de complicaciones. Independientemente de otros factores (económico, social, relacionados con la sanidad, etc...) la elección del tratamiento más adecuado, debe basarse en las características de la lesión y la demanda del paciente, teniendo en cuenta las posibles complicaciones que se pueden derivar tanto de la cirugía como del tratamiento conservador

Con la aparición de nuevas técnicas en la fijación de estas fracturas, el riesgo quirúrgico se ha reducido considerablemente, con lo que la cirugía puede ser una buena alternativa en aquellos pacientes con fracturas no desplazadas, pero que por motivos laborales, sociales o deportivos, no puedan seguir un tratamiento conservador con inmovilización prolongada.

Bibliografía

- 1.- David Ring MD, Jessie B. Jupiter MD, James Herndon MD. Acute Fracture of the Scaphoid. J Am Acad Orthop Surg 2000;8:225-231
- 2.- Saedén, B.; Törnkvist, H.; Ponzer, S.; Höglund, M. Fracture of the carpal scaphoid: a prospective, randomized 12-year follow-up comparing operative and conservative treatment. J Bone Joint Surg [Br] 2001;83-B(2): 230-234.
- 3.- Herndon JH. Scaphoid fractures and complications. Rosemont, American Academy Orthopaedic Surgeons Monograph Series, 1994.
- 4.- Langhoff O, Andersen JL. Consequences of late immobilization of scaphoid fractures. J Hand Surg [Br] 1988;13-B:77-9
- 5.- Kozin SH. Internal fixation of scaphoid fractures. Hand Clin 1997;13:573-86
- 6.- Filan SL, Herbert TJ. Herbert screw fixation of scaphoid fractures. J Bone Joint Surg [Br] 1996;78-B:519-29.
- 7.- Duppe H, Johnell O, Lundborg G, Karlsson M, Redlund-Johnell I. Long-term results of fracture of the scaphoid: a follow-up study of more than thirty years. J Bone Joint Surg [Am] 1994;76-A:249-52
- 8.- Herbert TJ, Fisher WE. Management of the fractured scaphoid using a new bone screw. J Bone Joint Surg [Br] 1984;66-B:114-23