

Fractura de escafoides

Bernat de Pablo Márquez^{a,*}, David García Font^b y David Pedrazas López^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. CAP Vallldoreix. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. EAP Abrera. Abrera. Barcelona. España.

*Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com

Cuestiones para recordar

- La fractura de escafoides suele ser secundaria a caídas con la muñeca en hiperextensión.
- Es frecuente en gente joven tras traumatismos de alta energía o accidentes deportivos.
- Se debe sospechar fractura de escafoides ante un paciente con traumatismo típico y dolor en tabaquera anatómica.
- La radiografía simple puede evidenciar la fractura en un primer momento.
- En paciente con alta sospecha de fractura y radiografía normal se debe inmovilizar la articulación y revalorar a las 2 semanas.
- La complicación más frecuente es la pseudoartrosis.

Palabras clave: Escafoides • Traumatología • Muñeca • Atención primaria.

Presentamos el caso de paciente de 28 años que consultó en su centro de atención primaria por dolor en muñeca izquierda tras caída mientras jugaba a fútbol 3 días antes. El paciente refería dolor en cara radial de muñeca, con edema e impotencia funcional. Se trataba de un paciente sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas.

A la exploración física se constató un edema en margen radial de muñeca izquierda, con dolor a la palpación de tabaquera anatómica, balance articular limitado por dolor a la desviación cubital y flexión dorsal de muñeca. No se evidenció equimosis.

Ante la sospecha de fractura de escafoides se solicitaron radiografías: posteroanterior (PA), lateral y en desviación cubital (Sneck) (fig. 1).

Ante el diagnóstico de fractura de tercio medio de escafoides se procedió a realizar inmovilización con yeso durante 3 semanas. En visita de control a las 3 semanas el paciente refirió persistencia de dolor e impotencia funcional, por lo que ante la sospecha de pseudoartrosis (paciente diagnosticado de fractura de escafoides 3 días después de la contusión) se solicitó tomografía computarizada (TC) que mostró fractura no consolidada de escafoides, con angulación palmar de 115° (fig. 2).

Ante el diagnóstico de pseudoartrosis de escafoides y tratándose de un paciente joven y deportista se decidió realizar tratamiento quirúrgico (fig. 3). Se realizó osteosíntesis con tornillo con buena evolución posterior.

Discusión

La fractura de escafoides supone entre un 2% y un 7% del total de fracturas y es la fractura más frecuente de los huesos del carpo y la segunda más frecuente de la muñeca tras la fractura de extremo distal de radio¹.

En nuestro medio es más frecuente en individuos jóvenes, tras accidentes deportivos o traumatismos de alta energía. El mecanismo lesional más frecuente es una caída con la muñeca en hiperextensión y desviación radial. Este es el mismo mecanismo que puede producir la fractura de Colles en pacientes ancianos y epifisiólisis de radio en pacientes de edad pediátrica. Otros mecanismos lesionales pueden ser la contusión sobre los nudillos (lesión del boxeador, que también causa fractura de quinto metacarpiano) por transmisión de fuerzas a través del segundo metacarpiano, huesos trapecio y trapecoide².



Figura 1. Radiología de muñeca. Proyección posteroanterior (izquierda), lateral (centro) y Sneek (derecha). Fractura de tercio medio de escafoides (flecha blanca).



Figura 3. Radiología de muñeca. Proyección posteroanterior (izquierda), lateral (centro) y Sneek (derecha). Osteosíntesis de fractura de escafoides.

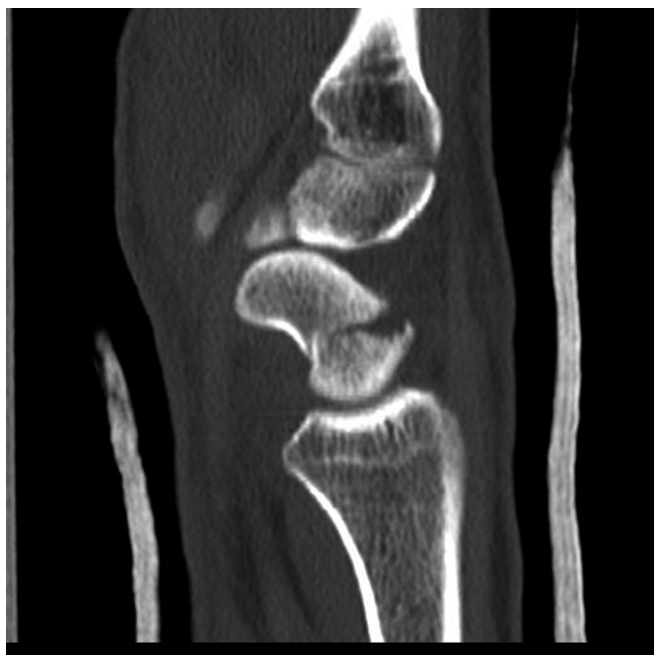


Figura 2. Tomografía computarizada de muñeca realizada a las 3 semanas. Corte sagital. Fractura transversal de tercio medio de escafoides no consolidada, con angulación palmar de 115°.

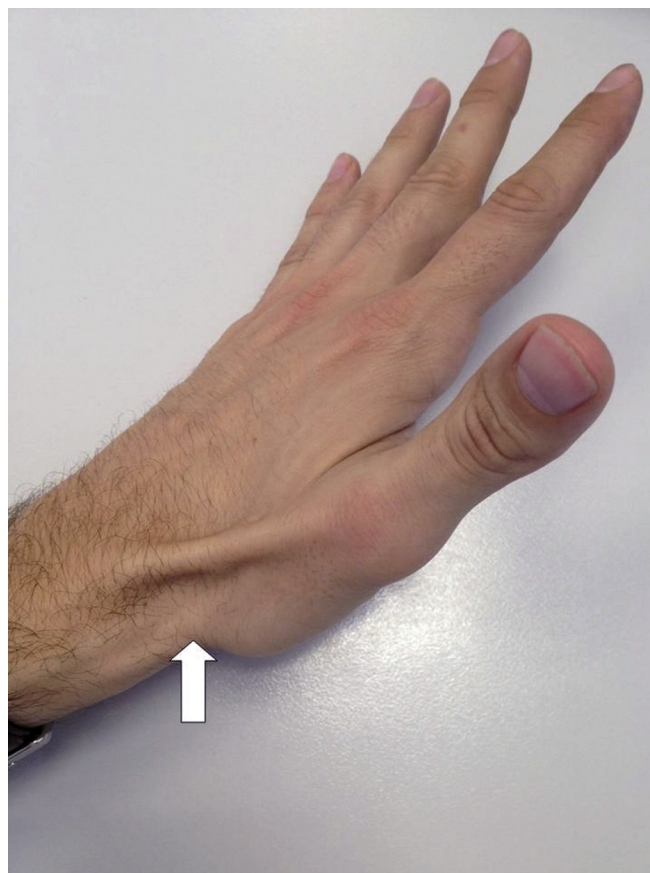


Figura 4. Tabaquera anatómica en paciente sano. Espacio delimitado entre el extensor largo y extensor corto del pulgar (flecha blanca).

El diagnóstico de fractura de escafoides precisa de una buena anamnesis y exploración física. Se debe sospechar ante la presencia de inflamación y/o dolor en tabaquera anatómica (son signos muy sensibles aunque poco específicos, pudiéndose encontrar también en fracturas de estiloides radial o primero y segundo metacarpiano), dolor en cara palmar de eminencia tenar o en margen radial de la muñeca en paciente con traumatismo típico³. Además, la desviación cubital de la muñeca suele ser dolorosa.

Debemos recordar que la tabaquera anatómica se encuentra en la cara radial de la muñeca y está delimitada por los tendones extensor largo y extensor corto del pulgar (fig. 4).

El diagnóstico diferencial de las fracturas de escafoides debe hacerse con otras fracturas, como la del extremo distal del radio o del primer metacarpiano o con lesiones ligamentosas y de tejidos blandos³.

Para el diagnóstico se solicitarán radiografías simples. Habitualmente se realiza la proyección de muñeca PA y lateral y la proyección con desviación cubital (proyección de Sneck). También se puede solicitar la proyección oblicua, con rotación de muñeca 45°. En caso de duda se puede solicitar radiografía comparativa con muñeca contralateral⁴.

Las fracturas incompletas o fracturas no desplazadas del escafoides (hasta un 40% de los casos) pueden no ser diagnosticadas por estudios de rayos X simples en un primer momento, por lo que si la clínica es altamente sugestiva y no disponemos de medios para solicitar otras pruebas más específicas (TC, resonancia magnética) se puede colocar una inmovilización antebraquial que incluya el pulgar (férula de yeso, vendaje compresivo u órtesis de plástico) y repetir el examen radiológico a las 2 semanas. Dicho procedimiento no tiene una sensibilidad del 100%, pero permite diagnosticar muchas fracturas no visibles en radiografía inicial⁵.

El tratamiento conservador de la fractura consiste en la inmovilización con yeso antebraquial que incluya el primer dedo hasta la articulación interfalángica con flexión dorsal de la muñeca y en desviación radial (posición de “sostener un vaso”). El tiempo de inmovilización depende del tipo de fractura: las fracturas no desplazadas del tercio distal tienen un buen índice de curación, por lo que se mantendrá la inmovilización durante 6-8 semanas. Fracturas del tercio medio o proximal pueden precisar hasta 12 semanas de inmovilización. Se deben tratar con cirugía las fracturas inestables.

La principal complicación de la fractura de escafoides es la necrosis avascular. La principal irrigación del escafoides penetra por su tercio distal a través de la arteria radial y las ramas de la arteria interósea anterior, y la parte proximal del hueso se nutre a través de flujo sanguíneo intraóseo retrógrado. Ello condiciona que las fracturas de polo proximal reciban una precaria vascularización, lo que lleva a la pseudoartrosis y la necrosis. Esto es más frecuente en pacientes a los que no se ha practicado una inmovilización inicialmente, por lo que es de gran importancia realizar la inmovilización si la clínica es compatible y aunque la radiografía sea normal. En dichos pacientes la opción quirúrgica (osteosíntesis) es la más utilizada.

A nivel rehabilitador, las fracturas no complicadas se pueden tratar con terapia ocupacional domiciliaria. Dichas fracturas tienen un tiempo aproximado de incapacidad laboral de 84-105 días. El tiempo previsto de incapacidad laboral en las fracturas complicadas es de 105 a 180 días⁶.

Bibliografía

1. Fowler JR, Hughes TB. Scaphoid fractures. *Clin Sports Med.* 2015; 34:37-50.
2. Horii E, Nakamura R, Watanabe K, Tsunoda K. Scaphoid fracture as a “puncher’s fracture.” *J Orthop Trauma.* 1994;8:107-10.
3. Rodríguez JJ, Olivera G, Valencia H, Moreno A. Traumatismos de miembros superiores en atención primaria. *FMC.* 2006;Protocolo 1:30-3.
4. Espinosa A, Ramírez G. Diagnóstico por imagenología de fracturas de escafoides. *Otrho-tips.* 2007;3:231-6.
5. Nishihara R. The dilemmas of a scaphoid fracture: a difficult diagnosis for Primary Care Physicians. [Consultado el 8 de mayo de 2015]. *Hospital Physicians.* 2000;March:24-40. Disponible en: tinyurl.com/ntwqop3
6. Manual de gestión de la Incapacidad Temporal. 3.ª ed. Madrid: INSALUD; 2001.