ISSN 1515-1786
Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol. Vol. 60, № 3, págs. 269-272

Un caso de fractura de la cresta anterior del trapecio

Dr. EDUARDO DANIEL VÁZQUEZ*

INTRODUCCIÓN

En la presente comunicación se describe un caso de la fractura mencionada como aporte a casuísticas anteriores[1,4-6]; asimismo se recuerda la clasificación definida por Palmer[5] y se encuadra el caso actual de acuerdo con la misma.

También se destaca la necesidad de pensar en esta lesión frente a cualquier traumatismo de la eminencia tenar, dada la secuela de dolor que incapacita en diverso grado a quien la padece.

Por último se hacen algunas consideraciones diagnósticas y se revisa el tratamiento incruento de esta fractura[6].

PRESENTACIÓN DEL CASO

J.L., de sexo masculino, de 74 años de edad. Se presentó a consulta el 10/4/1995 con dolor postraumático en la eminencia tenar izquierda. A la anamnesis el paciente describe un mecanismo traumático directo sobre esta región con la muñeca en extensión; el paciente no refirió parestesias en el territorio del nervio mediano.

La inspección muestra equimosis local y la palpación despierta dolor exquisito inmediatamente distal al tubérculo del escafoides; explorada la tabaquera anatómica, ésta se muestra silenciosa en su profundidad; la compresión de la base del pulgar por su cara dorsal también despertó dolor sobre el trapecio, no así sobre la articulación trapeciometacarpiana; no se detectaron déficits sensitivos en el territorio cutáneo tributario del mediano ni insuficiencias motoras del grupo tenariano.

Las radiografías de frente y perfil de la muñeca izquierda y la incidencia oblicua para el escafoides no mostraron lesión osteoarticular alguna (Figura 1); se solicitó una radiografía en incidencia de Hart-Gaynor bilateral, la cual mostró una fractura de la cresta ventral del trapecio izquierdo a nivel de su base (Figura 2).

Se indicó un centellograma óseo con Te 99 que evidenció hipercaptación en el carpo izquierdo, a nivel del trapecio, opinión que coincide con la clínica del caso y con el informe del colega que realizó el estudio (Figura 3).

Se le practicó al paciente un yeso en espica del pulgar del tipo usado en las fracturas del escafoides y se retiró el mismo al cabo de cuatro semanas; la radiografía de control reveló la consolidación de la fractura (Figura 4).

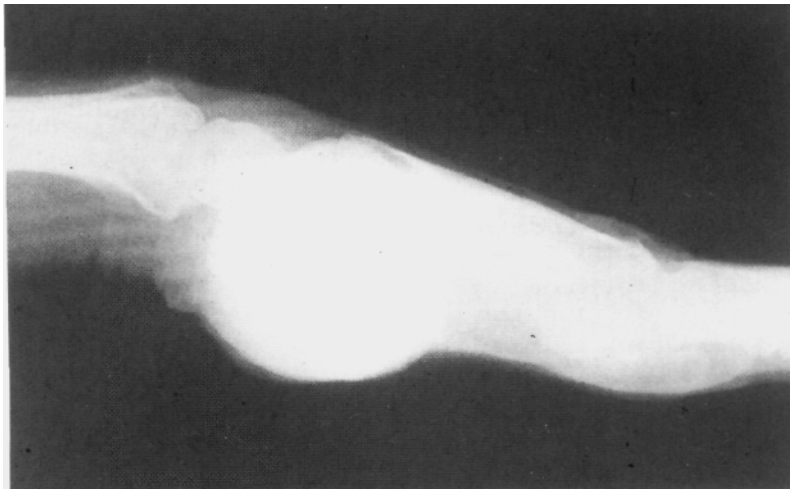
Se indicó movilización activa suave y progresiva de la muñeca y del pulgar, con una frecuencia de diez minutos de ejercicios cada hora del día, asociada a calor local en forma de baños salinos tres veces diarias, recuperando la movilidad completa al cabo de dos semanas y sin secuela de dolor tenariano; la fuerza muscular se conservó totalmente y recibió el alta luego de un mes y medio de tratamiento.

DISCUSIÓN

El caso que nos ocupa consistió en una fractura de tipo I de Palmer[5], ya que el trazo afecta a la base de la tuberosidad palmar del trapecio; el paciente no mostró las complicaciones descriptas de síndrome del canal carpiano[1,4,5] y curó sin secuela de dolor tenariano, frecuentemente hallada en estas lesiones[5], recuperando la completa función de la muñeca y mano.

Debemos recordar que la clasificación existente divide estas fracturas en dos tipos, de acuerdo a su trazo y mecanismo traumático[5]; el tipo I afecta la

* Hospital José María Penna, Pedro Chutro 3380, Capital Federal.



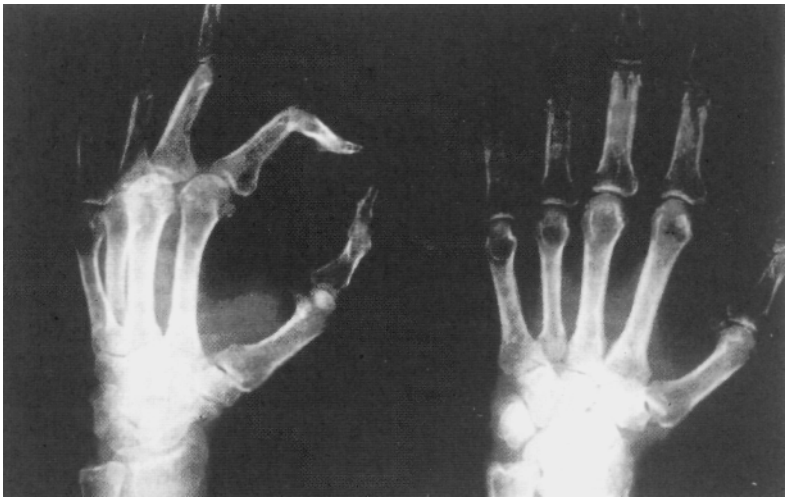


Fig. 1. Radiografías de frente, perfil y oblicuas de la muñeca izquierda, que no revelan lesión

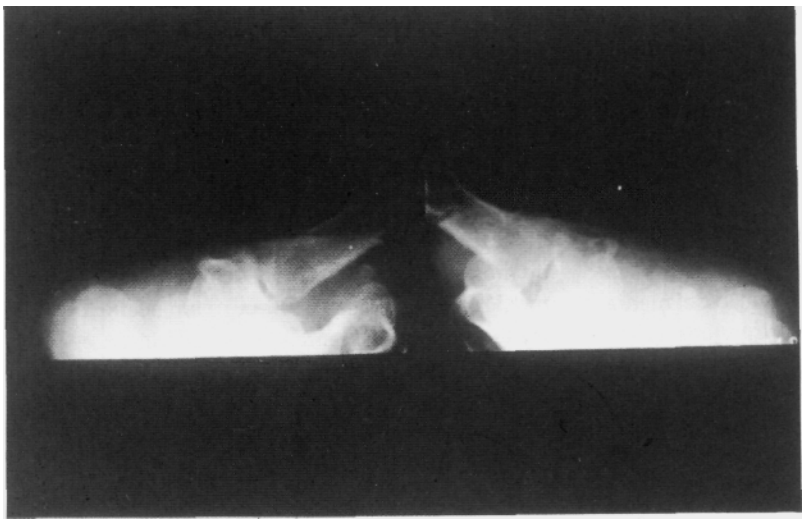


Fig. 2. La incidencia para el canal del carpo revela el compromiso de la cresta ventral del trapecio izquierdo.

Fig. 3. La imagen centellográfica muestra una hipercaptación de topografía coincidente con la imagen radiológica y con la clínica descripta.

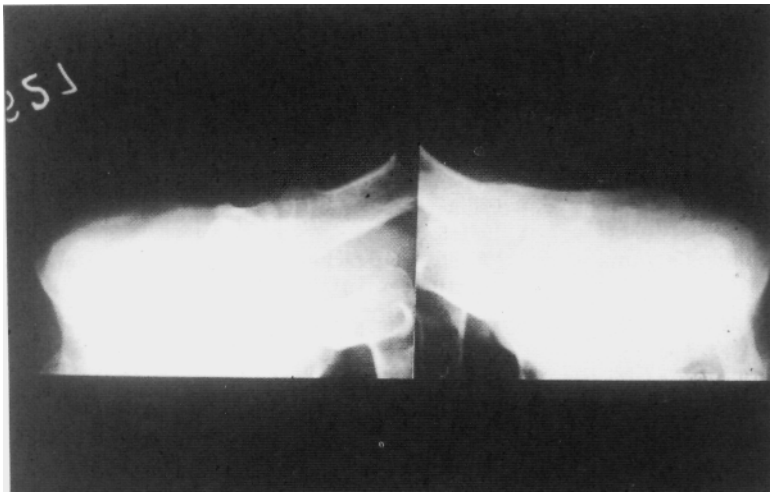


Fig. 4. En esta nueva incidencia radiográfica postratamiento se ve consolidación de la fractura.

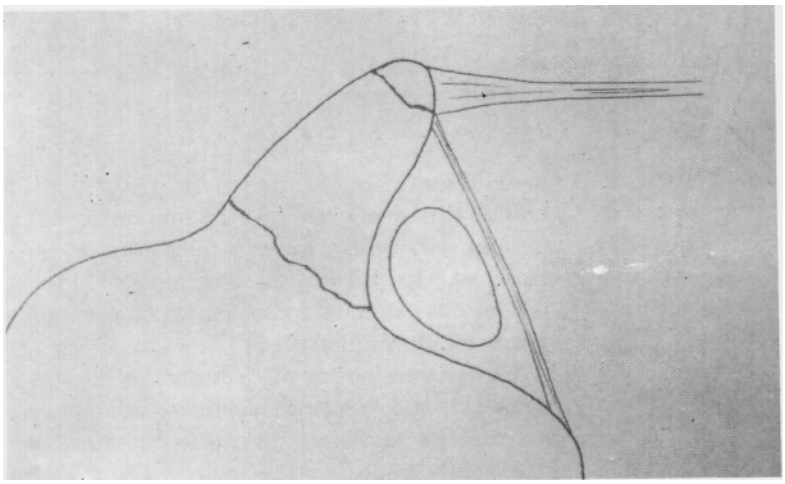


Fig. 5. El esquema muestra los dos posibles tipos de esta fractura, el primero de la base de la cresta y el segundo de su extremidad.

base de la cresta y se produce por el impacto directo de la fuerza sobre dicha estructura; el tipo II comprende sólo el extremo y el mecanismo es avulsivo a través del retináculo flexor (véase la Figura 5).

Consideramos conveniente insistir en dos puntos fundamentales, a saber:

1. Es imprescindible realizar la semiología minuciosa de la eminencia tenar en todo caso de traumatismo sobre la misma con la muñeca en extensión, ya que este mecanismo traumático no sólo es productor de fracturas de la epífisis distal del radio y del escafoides o luxaciones regionales, sino que también es causa de esta fractura que, aún diagnosticada y tratada correctamente, puede complicarse con severo dolor tenar que reduce la capacidad funcional.

2. Estimamos adecuada la realización de radiografías en incidencia de Hart-Gaynor en los casos como el que nos ocupa, ya que muchas veces aclara el diagnóstico.

Con referencia a otros métodos auxiliares de diagnóstico, siguiendo a Botte[1] y al comentario que el Dr. Luciano Poitevin[6] nos hiciera oportunamente, realizamos en el presente caso un centellograma óseo con Tc 99, el cual, si bien no es patognomónico de fractura, sí permite un adecuado diagnóstico si se lo acompaña de una completa semiología y una radiografía positiva.

Asimismo, tuvimos en consideración la sugerencia hecha por el Dr. Poitevin[6] acerca de reducir drásticamente el tiempo de inmovilización, que en el caso presente se instituyó por cuatro semanas, iniciando una precoz rehabilitación.

Por último, insistimos en la necesidad de tener en consideración esta fractura cuando examinamos un paciente con características como las descriptas, ya que esta lesión parece ser más frecuente de lo que se sospecha y de lo que consideran algunos autores que citan frecuencias de entre el 0,96%[3] y el 5%[2] del total de fracturas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botte M], von Schroeder H, Gellman H et al: Fracture of the trapezia! ridge. Clin Orthop 1992; 276: 202-205.
2. Cordrey LJ, Ferrer-Torells M: Management of fractures of the greater multangular. J Bone Jt Surg 1960; 42-A: 1111-1118.
3. Dobyns JH, Linscheid RL: *In* Rockwood CA, Green DP (eds): Fractures (2nd ed). JB Lippincott, Philadelpia, 1984; T 1, pp 451-494.
4. McClain EJ, Boyes JH: Missed fractures of the greater multangular. J Bone Jt Surg 1966; 48-A: 1525-1528.
5. Palmer AK: Trapezial ridge fractures. J Hand Surg 1981; 6:561-564.
6. Vázquez ED: Fracturas de la tuberosidad palmar del trapecio. Rev AAOT1993; 58: 338-344