

SÍNDROME DE FENTON CON FRACTURA DEL PIRAMIDAL: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Linares-Yanes, Fernando; Pérez-García, Eva María; Álvarez-Cruz, Javier.

Hospital Universitario de Canarias (HUC), Tenerife.



La fractura-luxación transescafo-hueso grande, síndrome escafocapital o síndrome de Fenton, es un tipo de lesión muy rara dentro de las fracturas transescafooperilunares que se caracteriza por una combinación de fracturas del escafoides y del hueso grande^{1,2}. Dada la excepcionalidad de esta lesión, comúnmente puede pasar desapercibida, siendo hasta en un 25% de los casos un diagnóstico diferido³.

Presentamos el caso de un varón joven con una fractura-luxación transescafooperilunar tipo síndrome de Fenton, con luxación del hueso grande, asociado a fractura del piramidal.

Material y método. Descripción del caso, tratamiento quirúrgico y seguimiento posterior con la información recogida en su historia clínica. Hospital de tercer nivel.

Resultados. Presentamos el caso de un varón de 32 años que, tras un accidente de moto, sufre una fractura tipo síndrome de Fenton en su mano derecha. En un primer tiempo fue intervenido de urgencia en otro centro donde se estabilizó temporalmente con agujas de Kirschner (AK). En el TC de control se diagnosticó la complejidad de la lesión y fue remitido a nuestro hospital.

Fue intervenido quirúrgicamente mediante doble abordaje para reducción y osteosíntesis con tornillos canulados el escafoides y el hueso grande, y con agujas el piramidal.

Siguiendo la clasificación descrita por Mayfield et al.⁴, el grado más severo corresponde a la luxación volar del polo proximal del hueso grande en el túnel del carpo, al igual que en los criterios descritos por Vance⁵, específicos para el síndrome de Fenton.

En la literatura solo encontramos un único caso descrito de extrusión volar del polo proximal del hueso grande (tipo VI de Vance)³, sin embargo no encontramos ningún caso de asociación de dicho síndrome de Fenton con fractura del piramidal.

Conclusión. El síndrome de Fenton es un tipo muy concreto de fractura-luxación transescafooperilunar especialmente severa e infrecuente, cuyo diagnóstico en la mayoría de los casos puede pasar desapercibida en un primer momento^{1,3}.

Este síndrome es habitualmente provocado por un traumatismo de alta energía como accidentes de tráfico o caídas de gran altura⁶, por ello las lesiones más graves o el paciente politraumatizado contribuyen a que se difiera el diagnóstico, así como la baja sospecha inicial de esta lesión excepcional. El retraso en el diagnóstico precoz, puede provocar que estas fracturas-luxaciones perilunares sean más difíciles de reducir, obteniéndose peores resultados o complicaciones como necrosis, pseudoartrosis, artrosis del carpo y colapsos articulares (SNAC wrist)⁷.

La tomografía computarizada (TC) puede ser útil para detectar este tipo de lesiones y la mayoría de los autores la recomiendan en una fase temprana si se presupone una lesión compleja de la mano⁸. En nuestro caso, la realización del TC fue fundamental para alcanzar el diagnóstico definitivo.

Desde su descripción en 1956, muy pocos casos han sido publicados², y actualmente la serie más larga en este tipo de lesión es de 5 casos⁹. Se han descrito varias lesiones asociadas a este síndrome, como fracturas-luxaciones complejas del carpo, fracturas distales de cúbito y radio e incluso bilateralidad¹.

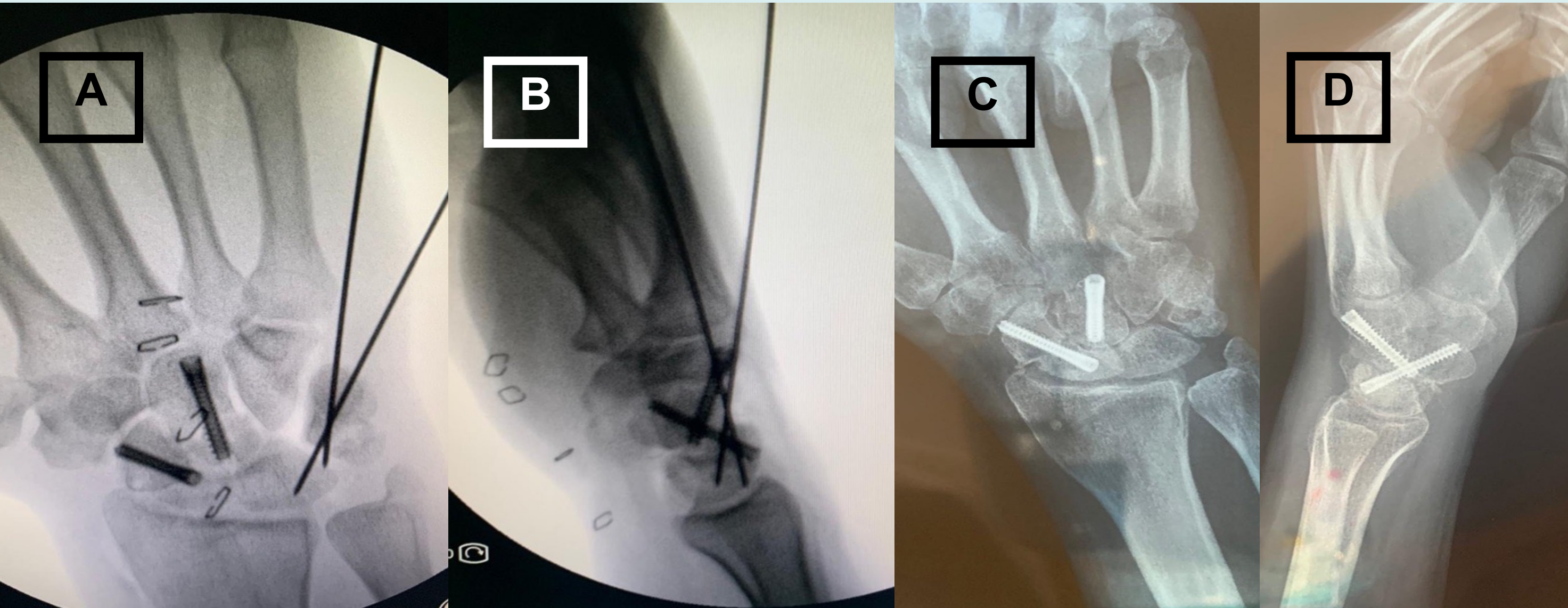


Figura 3. A,B: vista AP y Lateral en escopia tras la cirugía. C,D: controles AP y Lateral a los 6 meses de seguimiento.

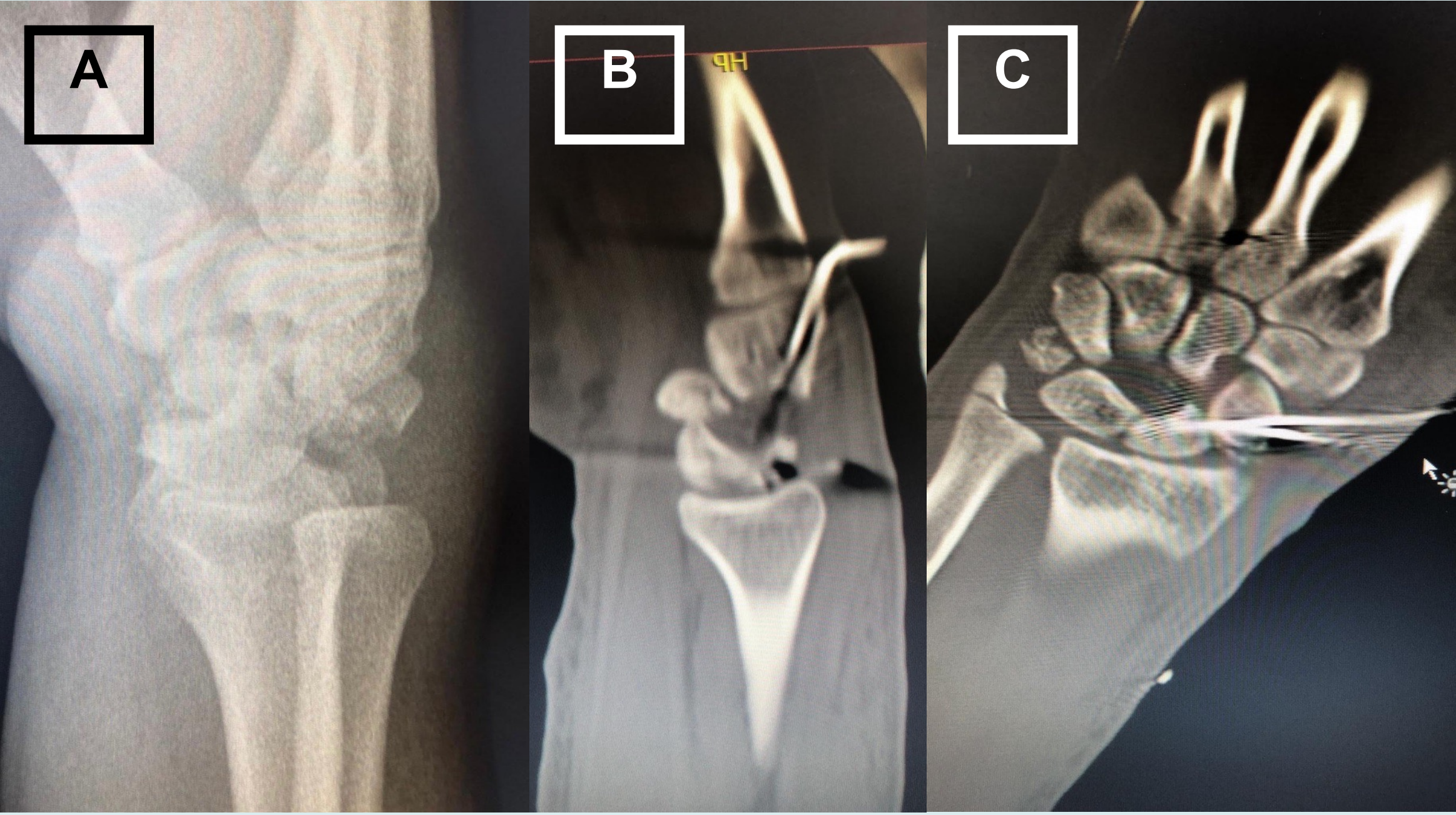


Figura 1. A: vista Lateral tras el traumatismo inicial mostrando la luxación transescafoperilunar. B,C: vista AP y Lateral del TC realizado tras estabilización inicial de urgencia que muestra la extrusión volar del hueso grande y la fractura del piramidal.

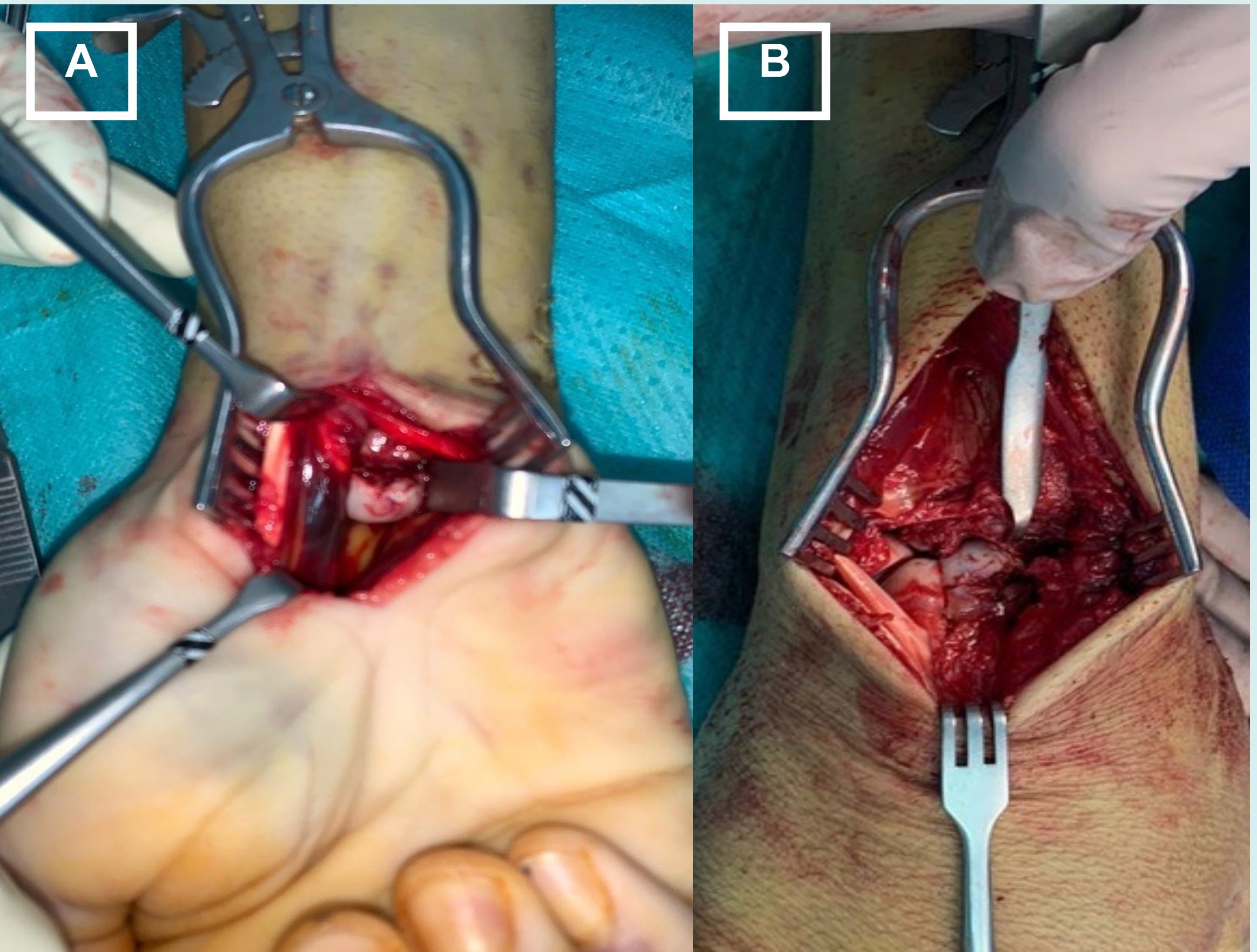


Figura 2. A: abordaje volar en el que se muestra la extrusión del fragmento proximal del hueso grande en el túnel del carpo. B: abordaje dorsal tras la reducción abierta y fijación interna del hueso grande y escafoides.

Durante nuestra revisión solo encontramos un único caso de síndrome de Fenton con extrusión volar del polo proximal del hueso grande³, sin embargo no encontramos ningún caso de asociación con fractura del piramidal.

1. Cisneros LN, Gómez CL, Renart IP, Moya E. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología Síndrome de Fenton. 2012;56(5):369–73.
2. Nunez FA, Luo TD, Jupiter JB, Nunez FA. Scaphocapitate Syndrome With Associated Trans-Scaphoid, Trans-Hamate Perilunate Dislocation: A Case Report and Description of Surgical Fixation. Hand. 2017;12(2):NP27–31.
3. Akinleye SD, Melamed E. A Unique Presentation of Scaphocapitate Syndrome With Extrusion Into the Carpal Tunnel: A Case Report. Hand. 2018;13(6):NP39–45.
4. Mayfield JK, Johnson RP, Kilcoyne RK. Carpal dislocations: Pathomechanics and progressive perilunar instability. J Hand Surg Am [Internet]. 1980;5(3):226–41. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023\(80\)80007-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023(80)80007-4)
5. Vance RM, Gelberman RH, Evans EF. Scaphocapitate fractures: Patterns of dislocation, mechanisms of injury, and preliminary results of treatment. J Bone Joint Surg Am. 1980 Mar;62(2):271–6.
6. Hamdi MF. The scaphocapitate fracture syndrome: Report of a case and a review of the literature. Musculoskelet Surg. 2012;96(3):223–6.
7. Schliemann B, Langer M, Kösters C, Raschke MJ, Ochman S. Successful delayed surgical treatment of a scaphocapitate fracture. Arch Orthop Trauma Surg. 2011;131(11):1555–9.
8. Kim YS, Lee HM, Kim JP. The scaphocapitate fracture syndrome: A case report and literature analysis. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2013;23(SUPPL. 2).
9. Pandit R. Proximal and palmar dislocation of the lunate and proximal scaphoid as a unit in a case of scaphocapitate syndrome: A 32-month follow-up. J Hand Surg Eur Vol. 1998;23(2):266–8.