

Fracturas del cuerpo del hueso ganchoso. A propósito de un caso.

FERNANDEZ DE TORRES, M.; CANO GALA, C.; MARTIN BLANCO, S.; BARRIO VELASCO, M.; MOUSSALLEM GONZÁLEZ, J.
SERVICIO C.O.T HOSPITAL VIRGEN CONCHA, ZAMORA

INTRODUCCIÓN

Son infrecuentes, pudiendo asociadas fractura de la base del cuarto metacarpiano. Predominante en varones. Asocian lesiones ligamentosas, neurovasculares (arteria cubital y rama motora del nervio cubital) y otras lesiones óseas. Su diagnóstico es complejo, radiológicamente podemos recurrir a una proyección oblicua (30º). Con frecuencia debemos completar el estudio con la realización de un TAC. Son inestables en su mayoría por lo que el tratamiento conservador es poco frecuente. Será necesario recurrir a técnicas de RAFI para su tratamiento definitivo, mediante el uso de tornillo o agujas Kirschner. E inmovilización 6 semanas.



Clasificación:

Tipo I: gancho del ganchoso. Están aumentando debido al auge de deportes con raqueta o bate.
Tipo II: cuerpo del ganchoso. Clasificación de Hirano: IIa fracturas coronales del ganchoso, IIb fracturas transversas del cuerpo (consideradas las verdaderas fracturas del ganchoso ya que interfieren con la mecánica del carpo y requerirán adecuada estabilización). Poco frecuentes, especialmente si son aisladas, ya que tras traumatismo directo suelen lesionarse otros huesos del carpo.
Si existe fractura asociada de la base de 4º o 5º metacarpiano, provocará inestabilidad de la articulación carpometacarpiana, ya que los tendones extensor cubital del carpo y de flexor cubital del carpo se insertan a este nivel. Será necesario realizar una fijación intermetacarpiana con agujas de Kirschner e inmovilización posterior durante 3-4 semanas.
Consecuencias a largo plazo es la pérdida de fuerza de prensión, que aparece en un 7.5% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 19 años que tras traumatismo presenta dolor y tumefacción, sin alteración VN distal. No malrotación ni otras lesiones asociadas.
En radiografía se objetiva fractura del cuerpo del ganchoso y de la base del cuarto metacarpiano.
Ingreso para tratamiento quirúrgico urgente.
Bajo anestesia troncular, a través de abordaje dorsocubital realizamos RAFI con tornillo canulado 2.0 de la fractura del cuerpo del ganchoso y estabilización de la base del cuarto metacarpiano mediante aguja de Kirschner (AK) a través de 3º-4º-5º metacarpianos bajo control escópico. Colocamos férula antebraquial.



RESULTADOS

Un mes y tres semanas tras intervención el paciente se encuentra clínicamente bien, sin dolor. En control radiológico: consolidación de fracturas y congruencia del espacio articular entre huesos afectados, por lo que se realiza retirada de AK y de inmovilización. Se pautan ejercicios y revisión en tres semanas. Dos meses y una semana tras la intervención, habiendo realizado adecuadamente los ejercicios propuestos y estando el paciente clínicamente bien y con recuperación de movilidad previa, se decide alta.

CONCLUSIONES

La fractura del cuerpo del ganchoso es poco frecuente y de difícil diagnóstico. Con frecuencia asocian fracturas de la base del cuarto metacarpiano debido a la transmisión de fuerzas. El tratamiento viene determinado por la estabilidad y la afectación articular. Con frecuencia son fracturas inestables que requieren de RAFI mediante tornillos o agujas de Kirschner e inmovilización durante 6 semanas.

