

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 (30°). 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.