

APUNTS. MEDICINA DE L'ESPORT.
1999; 131: 37-38

Fractura de estrés y retardo de consolidación de la apófisis unciforme del hueso ganchudo. Caso clínico en un jugador de hockey hielo.

DR. JORDI ARDEVOL I CUESTA
Cirugía Ortopédica i
Traumatología
Medicina del deporte
C/ Industria, 90-92
escalera izda. 3º 4ª
08025 Barcelona
Tel. 93 348 06 98

RESUMEN: La apófisis unciforme del hueso ganchudo es una estructura que se localiza en la eminencia hipotenar, a 2 cm. del hueso pisiforme desplazando el dedo del examinador en dirección al segundo metacarpiano. En el ámbito del deporte, los impactos, generalmente producidos por el mango de un elemento deportivo, pueden provocar la fractura de esta apófisis.

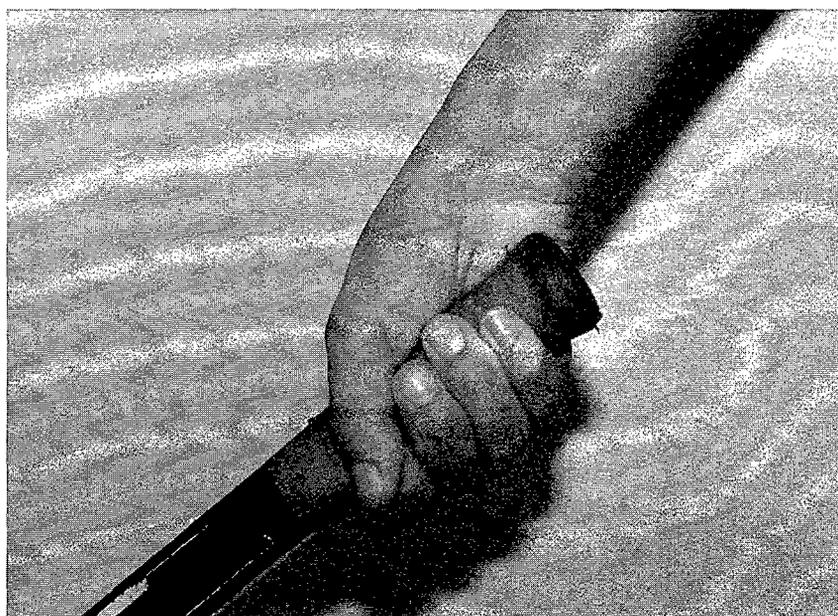
CASO CLÍNICO

Jugador de hockey hielo de 17 a. que refiere dolor en la eminencia hipotenar de aparición progresiva de 1 mes de evolución, que se ha reagudizado después de un partido. La exploración

clínica muestra dolor espontáneo en la región hipotenar que aumenta con la palpación y la flexión contraresistida del 5º dedo. El área dolorosa corresponde al punto de refuerzo del extremo proximal del mango del palo de hockey (Fig. 1).

Figura I

Contacto entre palo y la eminencia hipotenar.

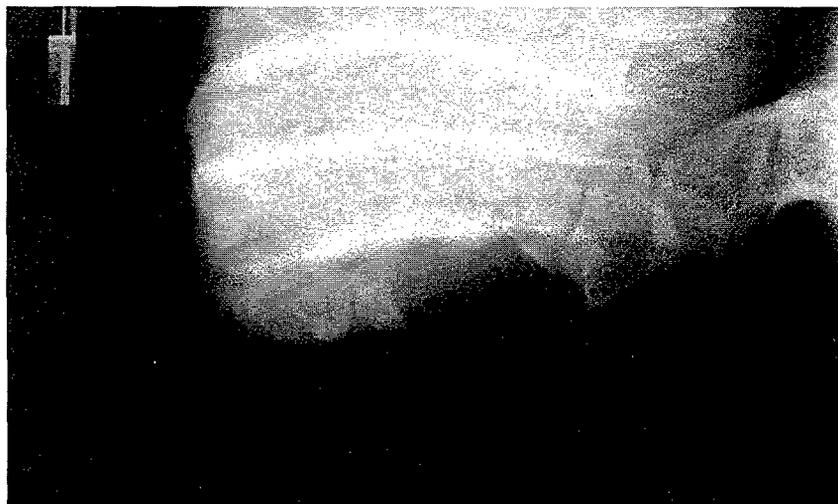


Las Rx convencionales son normales, pero la proyección del canal carpiano no presenta una imagen de fractura de

la base de la apófisis unciforme del hueso ganchudo (Fig. 2). La TAC confirma el diagnóstico.

Figura II

Proyección del canal carpiano donde se observa la fractura de la apófisis unciforme.



Sospechando una fractura por sobrecarga, teniendo en cuenta los síntomas previos y el tiempo transcurrido, se inmoviliza con un yeso antebraquial que se mantiene 6 semanas. Al reiniciar la actividad deportiva recidiva la clínica. Una nueva TAC muestra signos de falta de consolidación de la antigua fractura (Fig. 3). Es intervenido practicándose la excisión del fragmento de la apófisis. Se coloca una férula antebraquial 2 semanas y al mes de la intervención se autoriza el reinicio de la práctica deportiva sin referir ninguna secuela.

DISCUSIÓN

La fractura de la apófisis unciforme del hueso ganchudo no es una lesión excepcional en el deporte. Se relaciona con la utilización de elementos deportivos, especialmente los bates de béisbol, raquetas y palos de golf y polo (1,2). El mecanismo lesional habitualmente descrito es el impacto repetido del palo sobre la eminencia hipotenar (3). Existe una diferencia entre los jugadores de béisbol y golfistas que se lesionan la mano no dominante, respecto a los que juegan deportes de raqueta y polo que se fracturan la apófisis de la mano dominante. Nuestro caso se añadiría a los

deportes en que la mano dominante esta en contacto con el final del palo.

Es difícil saber si la fractura se ha producido por un solo traumatismo, o bien hay un mecanismo de estrés por microtraumas repetidos. También se han descrito casos provocados por un traumatismo directo en caída, así como por la contracción de la musculatura intrínseca hipotenar y de los tendones flexores vecinos (4,5).

Estas fracturas se diagnostican por Rx en proyección del canal carpiano o en oblicua a 20°. De todas maneras la exploración mas sensible es la TAC que de la máxima información sobre la situación y/o el desplazamiento del fragmento.

Probablemente teniendo en cuenta el mecanismo de estrés y el tiempo de evolución desde los primeros síntomas, se tendría que haber considerado inicialmente como un retardo de consolidación, y por tanto, con pocas posibilidades de éxito con el tratamiento conservador. De acuerdo con el paciente, y dado que no había desplazamientos, se indicó la inmovilización 6 semanas. La mayoría de los autores proponen la inmovilización en las fracturas no desplazadas, siguiendo de forma estricta con Rx y TAC el proceso de consolida-

ción (6). Cuando la fractura está desplazada o falta consolidación se puede optar por la osteosíntesis. Es un tratamiento técnicamente muy difícil y con un poder osteogénico limitado. Creemos por tanto, que la excisión que proponen muchos autores es lo indicado en estos casos (3,4). Lo habitual es la desaparición del dolor, aunque pueden persistir molestias cicatriciales.

Faltan series amplias para saber las posibles complicaciones biomecánicas de la excisión. En la apófisis se insertan el ligamento transversal del carpo, el ligamento piso-hamate, el flexor digiti minimi brevis y el oponens digiti minimi. No se conoce la repercusión funcional de la desinserción de estas estructuras, aunque la vuelta a la actividad es la norma entre los deportistas sometidos a esta intervención.

Bibliografía

1. McCUE FC, MAYER V: Rehabilitation of common athletic injuries of the hand and wrist. Clin Sports Med 8:731, 1989
2. McCUE FC III, BAUGHER WH, KULUND DA, et al: Hand and wrist injuries in the athletes. Am J Sports Med 7:275-286, 1979
3. BISHOP AT, BECKEMBAUGH RD: Fracture of the hamate hook. J Hand Surg 13:135-139, 1988
4. STARK HH, WRIGHT TW, WALACE PF, et al: Fracture of the hook of the hamate. J Bone Joint Surg (Am) 71(A):1202, 1989
5. WATSON HK, ROGERS WD: Nonunion of the hook of the hamate: An argument for bone grafting the nonunion. J Hand Surg (Am) 14:486, 1989
6. WHALEN JL, BISHOP AT, LINSCHIED RL: Nonoperative treatment of acute hamate hook fractures. J Hand Surg (Am) 17(A):507, 1992

Figura III Retardo de consolidación de la imagen de TAC.

