

Diagnóstico clínico de las fracturas de escafoides

Javier Camacho Galindo*

«La importancia de obtener una historia clínica adecuada no debe ser sobrestimada ya que el tratamiento y el pronóstico depende del tipo de fractura que el paciente presenta».

Herbert T.J.¹

Objetivos:

- a) Describir el cuadro clínico del paciente con una fractura de escafoides.
- b) Explicar las maniobras especiales para el diagnóstico de esta lesión.

Habitualmente, el paciente se presenta a la consulta en urgencias o en el consultorio refiriendo haber recibido un traumatismo indirecto en la muñeca durante la práctica de un deporte de contacto, por una caída o por accidente, quejándose de dolor en el lado radial de la muñeca y debilidad de la mano.

Si el problema es agudo, además del dolor presentará incapacidad funcional en la muñeca y edema periarticular, además de los signos y síntomas que se describen más adelante. Sin embargo, habitualmente la lesión ocurrió días, semanas o meses antes y el cuadro no ha mejorado a través del tiempo, a pesar de tener algún tipo de inmovilización removible.

El examen físico permite detectar una limitación del rango de movimiento de la muñeca comparada con la opuesta. El dolor puede manifestarse en los extremos del movimiento, particularmente en la desviación radial y la flexión.^{2,3}

Los signos clínicos más importantes son:

- Dolor en la tabaquera anatómica.
- Dolor en el polo proximal distal al tubérculo de Lister.
- Dolor en la cresta escafoides.
- Dolor con la compresión axial del pulgar.
- Dolor axial del segundo y tercer metacarpales.
- Dolor con pronación y desviación cubital de la muñeca.
- Maniobra de desplazamiento del escafoides (Watson) (Figura 1).
- Aumento de volumen dorso-radial.

* Médico Ortopedista. Centro Médico ABC.

Dirección para correspondencia:

Dr. Javier Camacho Galindo

Carlos Graef Fdz Núm. 154. Consultorio 406. Col. Tlaxala

E-mail: jvrcamacho@hotmail.com

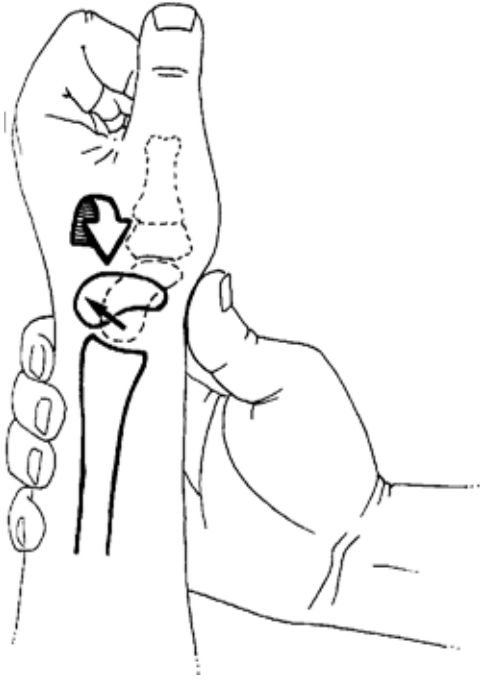


Figura 1. Maniobra de desplazamiento del escafoides (Watson). El examinador coloca cuatro dedos en el dorso del radio, el pulgar se coloca sobre la tuberosidad del escafoides y la otra mano se utiliza para mover la muñeca pasivamente de desviación cubital a radial. En la desviación cubital el escafoides extiende y asume una posición más en línea con el antebrazo. En la desviación radial el escafoides se flexiona. La presión sobre la tuberosidad mientras se mueve la muñeca impide que el escafoides se flexione, lo que producirá dolor en la superficie dorso-radial de la muñeca. Es importante efectuar esta maniobra en forma bilateral.

El aumento de volumen habitualmente no se observa en lesiones tardías, Waizenegger y colaboradores en 1994 encontraron que ninguna de las pruebas anteriores es 100% confiable para el diagnóstico clínico de la fractura de escafoides, ya que una lesión ligamentaria aguda de la muñeca puede manifestar los mismos hallazgos.⁵

No obstante que el diagnóstico clínico es muy importante para conocer el mecanismo del trauma, el tiempo de evolución y determinar la limitación funcional que sufre el paciente, difícilmente se puede ser determinante por este medio. Al igual que casi todas las lesiones traumáticas, el diagnóstico de precisión sólo se logra a través de los estudios de imagen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herbert TJ. Anatomy and biomechanics. In: Herbert TJ ed. *The fractured scaphoid*. St Louis Missouri: Quality Medical Publishing Inc. 1990: 11-25.
2. Herdon JH. Diagnosis. In: Herdon JH ed. *Scaphoid fractures and complications*. Rosemont Il: American Academy of Orthopaedic Surgeons. 1994: 10-12.
3. Linscheid RL, Weber ER. Scaphoid Fractures and nonunion. In: *The wrist diagnosis and operative treatment*. eds Cooney WP, Linscheid RL, Dobyns JH. Ed. Mosby. St Louis Mi, EUA.1998: 393.
4. Watson HK, Ashmead D, Makhoulf M. Examination of the scaphoid. *J Hand Surg Am* 1988; 13: 657.
5. Waizenegger M, Barton NJ, Davis TR, et al. Clinical signs in scaphoid fractures. *J Hand Surg Br* 1994; 19: 743-747.