

Reporte de caso

Fractura del escafoide carpiano en una niña

Leonardo Zamudio V*

Sociedad Mexicana de Ortopedia

RESUMEN. Se presenta un caso de fractura del escafoide carpiano en una niña de 12 años. Se trató con inmovilización con yeso sin incluir el pulgar durante 6 semanas. Se revisa la literatura.

Palabras clave: fractura, hueso escafoide, dolor, niño, mano.

SUMMARY. A case of a fracture of the scaphoid carpiano in a girl of 12 years. It was dealt with immobilization with plaster without including the thumb during 6 weeks. Literature is reviewed.

Key words: scaphoid bone, pain, children, hand.

Introducción

De acuerdo con Blount¹ y Tachdjian² ésta es una lesión muy poco frecuente y según otros autores su presencia oscila entre 0.37³ por ciento de las fracturas en niños y 1.74 por ciento de las fracturas del miembro torácico de los mismos. Además su diagnóstico, en algunos casos, no se puede hacer en la primera radiografía⁵ y sólo se evidencia en la segunda cuando las molestias persisten.

Niña de 12 años de edad que consulta por dolor y cierta impotencia funcional en el puño derecho después de que un perro con el que jugaba tiró bruscamente de la correa lo que le llevó la mano en hiperextensión forzada.

A la exploración no se encontró deformidad ni edema pero sí el dolor en la tabaquera anatómica y región vecina del puño.

La radiografía tomada con el puño cerrado demostró falta de continuidad en los corticales media y lateral del escafoide a nivel de la parte media (*Figura 1*).

Se hizo diagnóstico de fractura continua del escafoide y se inmovilizó con aparato de yeso del antebrazo al puño sin incluir el pulgar.

La inmovilización se conservó durante 6 semanas y se obtuvo consolidación.

Discusión

Como ya mencionamos, según los autores clásicos,^{1,2} la fractura del escafoide carpiano en niños es muy poco frecuente y en nuestro medio no he encontrado ningún



* Miembro Honorario de la Sociedad Mexicana de Ortopedia.

Dirección para correspondencia:

Dr. Leonardo Zamudio V.

Río Amazonas Núm. 21 Col. Cuauhtémoc. C.P. 06500, México, D.F.

Tel. 5546 6474, 5545 6932

Fax: 5535 4151

Figura 1. Fractura del escafoide en una niña de 12 años. Véase la interrupción de la cortical en la porción medial y también en la lateral. La radiografía se tomó con el puño cerrado.

reporte de la misma. En otras latitudes han reportado series importantes^{3,4} y han establecido bien las características de las mismas. También hay quienes la han encontrado asociada a deslizamiento epifisario del radio o con lesiones traumáticas de radio y cúbito. Hay aún quien encontró una bilateral en una niña de 8 años que cayó de una cerca.⁶

Los autores que más han estudiado el tema recomiendan que la inmovilización sea de 4 a 6 semanas en cuanto al tratamiento de la fractura en sí y señalan que en las series observadas la edad a la que en mayor frecuencia se presenta es a los 12.5 y que son muy raros antes de los 8 años ya que entre 5 y 9 años es cuando aparece el núcleo de osificación.

Las fracturas en los niños son más frecuentes en el polo distal en 89 por ciento de los pacientes.

Aún hay quien ha reportado un caso de retraso de consolidación.⁷

En nuestra paciente se presentó en la cintura (parte media) del escafoides. De acuerdo con las estadísticas de la mayor serie encontrada³ (108 enfermos) 94 fueron distales, 13 en la parte media y sólo 1 proximal. Predominan los niños con 75 casos y sólo 33 fueron niñas.

Con respecto al diagnóstico radiológico, Munich⁸ señala 5 posiciones para lograr visualizar bien la fractura. Desde hace años hemos preconizado la proyección AP con el puño⁹ cerrado lo que muestra el escafoides en toda su longitud (*Figura 1*). Si se sigue esta rutina se economiza y es más fácil hacer el diagnóstico.

En cuanto a la inmovilización sin incluir el pulgar, ya J.A. Sgroso de Rosario, Argentina, citado por Zamudio, Ortiz y Urrutia⁹ demostró en la década de los 40 que no

hay diferencia en la evolución si se incluye el pulgar o se deja libre.

Comentario

Creo que la publicación del presente caso será útil para reflexionar y buscar algunos otros, así como pensar en cuanto a la proyección radiológica y el incluir o no el pulgar en otros casos de este tipo de fractura.

Bibliografía

1. Blount WP: Fractures in children. Williams and Wilkins Baltimore 1955: 94-5.
2. Tachdjian MO: Pediatric orthopaedics, W.B. Saunders, Philadelphia, 1972: 41.
3. Vahvanen V, Menterlund M: Fracture of the carpal scaphoid in children. *Acta Orthop Scand* 1980; 51: 909-13.
4. Christodoulou AG, Colton CL: Scaphoid fractures in children. *J Ped Orthop* 1986; 6: 37-9.
5. Wulff RN, Schmidt TL: Carpal fractures in children. *J Ped Orthop* 1998; 18: 462-5.
6. Gamble JG, Simmons SC: Bilateral scaphoid fracture in a child. *Clin Orthop Rel Res* 1982; 162: 125-8.
7. MacDonald JW: Delayed union of the distal scaphoid in a child. *J Hand Surg* 1987; 12(3): 520-2.
8. Munk B, Frokjaer J, Lavsen CF, Johannsen HG, et al: Diagnosis of scaphoid fractures. A prospective multicenter study of 1,052 patients with 160 fractures. *Act Orthop Scand* 1995; 66(4): 359-60.
9. Zamudio VL, Ortiz FA, Urrutia GA: Ortopedia y Traumatología. Méndez 5^a. Edición, 2007: 138.
10. Hernan PMA, LapCuzu FJ. Distal radius epiphysiolysis. Associated with scaphoid fractures in immature patients. Report of two cases, and review of the literature. *J Orthop Traum* 2001; 15(1): 73-7.
11. Albert MC, Sarve PS: A scaphoid fracture associated with displaced radial fracture in a child. *Clin Orthop Rel Res* 1989; 240: 232-5.

