



# Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2014

Nº 6



**Presidente:** Ismael Sánchez Hernández

**Vicepresidente:** Jesús Ángel Martínez Burgui

---

**Atalaya Medica Turolense** es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

## Comité Editorial:

**Director:** Jesús Ángel Martínez Burgui

**Subdirector:** Jesús Sánchez Padilla

## Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

## Comité Científico:

**Coordinador:** Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

**DISEÑO y MAQUETACIÓN:** M.A. Cano

**Edita:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

# SUMARIO

## Editorial

Código deontológico: compromisos y obligaciones de la profesión médica. Luis Ciprés Casasnovas

5

## Colaboración científica

Médicos de familia ¿hasta aquí hemos llegado? Carlos Izquierdo Clemente

7

## Originales

Hábito tabáquico entre los profesionales de los centros de salud del sector Teruel. B. Sanchis Yago / C. Izquierdo Clemente / C. Iannuzzelli Barroso / C. López Mas / S. Valdearcos Enguidanos / E. García López

Análisis de los tiempos quirúrgicos de las intervenciones de cirugía general y digestivo. J. Martín Pérez

Revisión de la eficacia de pautas de dosificación off-label de fármacos biológicos en psoriasis. A. González Álvarez / E. Giner Serret / V. Caballero Pérez / F. Rodilla Calvelo

12

## Notas Clínicas

Glomerulonefritis post-estreptocócica en la infancia. A propósito de tres casos. V. Caballero Pérez / L. Gracia Torralba / E. Carlos López Soler / A. González Álvarez

Absceso cerebral por quemadura eléctrica; una rara complicación. M. León Escalante / W. Pita Merejildo / V. Suárez Contreras / C. Iannuzzelli Barroso

Síndrome de Marshall como causa de fiebre recurrente, a propósito de dos casos. J. Astudillo Cobos / I. Sirbu / O. Myronenko / P. Sanz de Miguel

Paciente con traumatismo y dolor en muñeca. A propósito de dos casos. M. Osca Guadalajara / M<sup>a</sup> P. Muñesa Herrero / A. Castro Sauras / J. V. Díaz Martínez

Dolor persistente en muñeca tras traumatismo de 4 meses de evolución. J.V. Díaz Martínez / J.J. Ballester Gimenez / A. Castro Sauras / M. Osca Guadalajara

Dolor torácico. Síndrome de Boerhaave. E. C. López Soler / F. Rodero Álvarez / C. López Mas

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso. C. Blanco Pino / F. J. Esteban Fuentes / M. Oset García / D. Soffiantini

37

## Vocalía de Jubilados

Emponderamiento en torno al mayor ante el conflicto económico del desequilibrio demográfico. J. Sánchez Padilla

73

## Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Concurso Navideño 2014

81

## PACIENTE CON TRAUMATISMO Y DOLOR EN MUÑECA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Dra. Marta Osca Guadalajara / Dra. María Pilar Muniesa Herrero / Dr. Ángel Castro Sauras / Dr. José Vicente Díaz Martínez

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

Las fracturas del hueso piramidal, también llamado triquetral, constituyen las segundas fracturas carpianas, tras las fracturas de escafoides. Suelen ser de diagnóstico tardío, y con frecuencia se precisa de una tomografía axial computarizada (TAC) para llegar a su diagnóstico definitivo. Generalmente suelen ser fracturas no desplazadas, sin inestabilidad carpiana y se tratan conservadoramente sin necesidad de cirugía.

Presentamos dos casos clínicos al respecto.

### PALABRAS CLAVE

Fractura; piramidal; carpo.

### PATIENT WITH TRAUMA AND PAIN IN THE WRIST. REPORT OF TWO CASES

### ABSTRACT

Triquetrum fractures are the second most common bone carpal, after scaphoid lesions. They usually have a late diagnosis, so a CT it is need to confirm it. These fractures are commonly non displaced and stable, so a conservative treatment is indicated. We present a report of two cases.

### KEY WORDS

Fracture; triquetrum; carpal

### INTRODUCCIÓN

Las fracturas de los huesos del carpo, salvo las del escafoides y en menor grado del piramidal, son raras<sup>1</sup>. Son lesiones que se producen generalmente tras una caída con la mano en extensión<sup>1,2</sup>.

Los signos clínicos suelen ser discretos e inespecíficos. Por lo tanto, el diagnóstico se basa en las pruebas de imagen. En la práctica habitual se utilizan las proyecciones estándar, anteroposterior y lateral, y en ocasiones una proyección oblicua para el borde cubital de la muñeca. En caso de sospecha de lesión sin apreciarse signos de una fractura de un hueso del carpo en la radiografía, debería realizarse una tomografía computarizada (TC) o en su defecto una resonancia magnética<sup>2,3</sup>.

Dentro de las fracturas carpianas las del hueso piramidal constituyen una entidad poco frecuente, pero que pueden dar lugar a importantes secuelas funcionales, por lo que es importante tener en cuenta su existencia y tratarlas adecuadamente<sup>2,4,5</sup>.

Presentamos dos casos clínicos de fracturas del piramidal tratadas en nuestro servicio.

### CASOS CLÍNICOS

#### CASO 1

Paciente de 45 años que tras caída accidental con muñeca en extensión acude al servicio de urgencias por dolor y tumefacción en muñeca izquierda.

A la exploración física presenta tumefacción importante, dolor a la palpación de estiloides radial y fibrocartílagos triangular. Ligero dolor en tabaquera anatómica. Sin lesiones neurovasculares distales.

Se realizó radiografía simple de muñeca con proyecciones anteroposterior, lateral y oblicua no visualizándose lesiones óseas agudas.

Con diagnóstico de contusión de muñeca se da de alta con férula antebraquial, analgesia y con-



Fig. 1. Fractura piramidal con conminución dorsal.

trol en consultas externas de traumatología en una semana.

A la semana siguiente persiste dolor y tumefacción en la muñeca, no encontrándose ningún hallazgo en la radiografía. Debido a la clínica, se decidió continuar con inmovilización y revisión en una semana más.

En la siguiente visita, en el control radiológico se observó una conminución dorsal clara (Fig. 1), por lo que se decidió realizar una TAC de urgencia (Fig. 2). En este estudio se confirma una fractura conminuta del hueso piramidal con frag-

mento anterior que se sitúa por delante del hueso semilunar, una línea de fractura en la base de la apófisis palmar del trapecio y del borde medial superior del hueso grande en su articulación con el trapecioide, sin desplazamiento de fragmentos, y no se aprecian signos de luxación o subluxación del hueso semilunar ni resto del carpo.

Tras llevar dos semanas de inmovilización, se decidió continuar cuatro semanas más para la correcta consolidación de las fracturas. Al finalizar el tratamiento, el paciente mejoró clínicamente y se realizó tratamiento rehabilitador para alcanzar la movilidad previa de su muñeca.

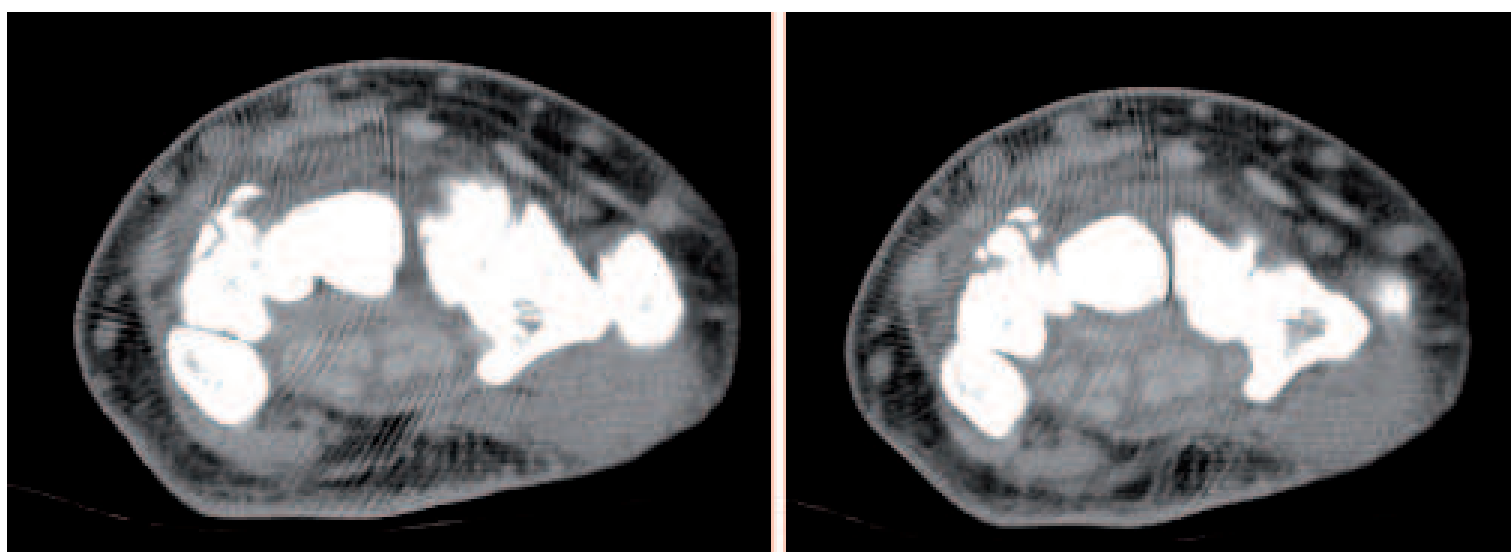


Fig. 2. Imagen de TAC en la que se observa fractura conminuta del hueso piramidal con fragmento anterior que se sitúa por delante del hueso semilunar. Línea de fractura en la base de la apófisis palmar del trapecio y del borde medial superior del hueso grande en su articulación con el trapecioide, sin desplazamiento de fragmentos. No se aprecian signos de luxación o subluxación de hueso semilunar ni resto del carpo.

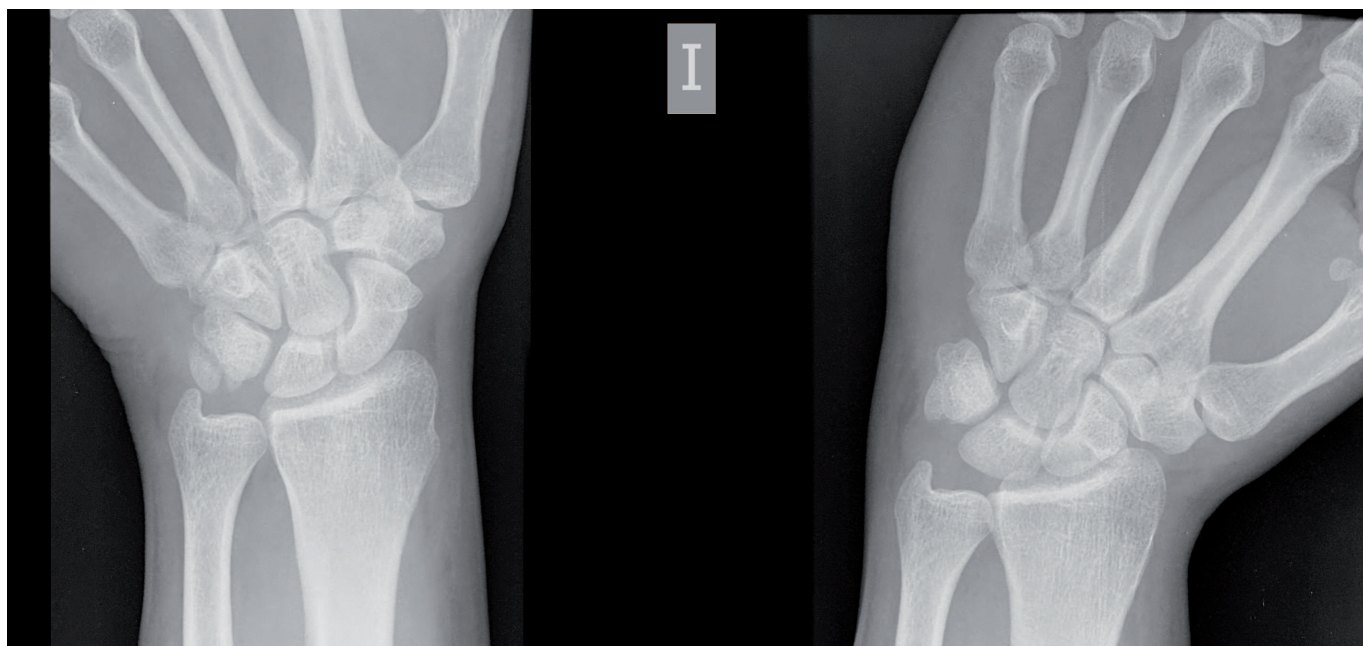


Fig. 3. Radiografía anteroposterior y con desviación radial (a la derecha de la imagen) de muñeca presentando fractura del hueso piramidal.

## CASO 2

Paciente de 39 años que tras caída con la bicicleta acude por dolor en muñeca izquierda.

A la exploración física presenta dolor e inflamación en zona volar-cubital de la muñeca izquierda. Movilidad activa de la muñeca conservada, con dolor a la desviación cubital del carpo. Sin lesiones neurovasculares distales.

En el estudio radiológico simple de muñeca presentaba una fractura piramidal del carpo izquierdo con mínimo desplazamiento (Fig. 3).

Al ser una fractura sin desplazamiento se decidió tratamiento conservador con férula antebraquial, analgesia y control evolutivo en consultas externas de traumatología.

A los diez días, el control radiológico no mostró desplazamiento de la fractura, y se continuó con la inmovilización hasta completar el periodo de seis semanas. El paciente precisó de rehabilitación posterior para la recuperación completa de su movilidad previa de muñeca.

## DISCUSIÓN

La fractura del piramidal, también llamado hueso triquetral, representa el 13% de las fracturas carpianas, y es la segunda más frecuente del carpo tras la del escafoides<sup>1, 2</sup>. Suele asociarse a

otras lesiones, como fracturas del extremo distal del radio y luxaciones perisemilunares (producidas alrededor del arco del semilunar)<sup>2</sup>. Se caracterizan generalmente por dolor en el borde interno del carpo<sup>2, 4, 5</sup>.

En el estudio radiológico inicial, las radiografías anteroposterior, oblicua en supinación y lateral son las más útiles para constatar este tipo de fracturas. A veces es necesario precisar de una TAC para alcanzar el diagnóstico<sup>2, 3</sup>.

El mecanismo de lesión consiste o bien en una rotación o torsión de la muñeca, una fuerza de cizalla que conlleva un pinzamiento del gancho sobre la parte posterorradial del piramidal, una caída sobre la muñeca en extensión y desviación cubital, un impacto directo por la estiloides cubital, o un traumatismo directo sobre el dorso del carpo<sup>1, 2</sup>.

Existen tres tipos principales de fracturas del piramidal<sup>2</sup>:

1. Las fracturas de la cortical dorsal
2. Las fracturas del cuerpo del piramidal
3. Las fracturas volares

El mecanismo más común de las fracturas de la cortical dorsal es por impactación. Este tipo se observan mejor en la proyección oblicua y lateral. A menudo permanecen asintomáticas a pesar de que el fragmento de cortical dorsal per-

manezca sin consolidar. Su tratamiento es quirúrgico sólo si existe un fragmento doloroso residual no susceptible de osteosíntesis y consiste en una escisión-desbridamiento por vía artroscópica<sup>2</sup>.

Las fracturas por avulsión de la cortical dorsal suelen afectar al sitio de inserción de los ligamentos dorsales intercarpianos y radiopiramidales; de este modo, pueden representar una forma menor de una lesión perilunar inversa. Generalmente, estas fracturas causan poca morbilidad y pueden ser tratadas mediante inmovilización con yeso durante seis semanas<sup>2</sup>.

El segundo tipo de fracturas afecta al cuerpo del piramidal. Suelen aparecer de forma aislada y son no desplazadas. Rara vez se asocian a fractura-luxación perilunar, y el tratamiento de elección viene marcado por la combinación de lesiones óseas y ligamentosas. Ante una lesión aislada del cuerpo del piramidal el tratamiento de elección es la inmovilización con yeso durante seis semanas. Se debe tratar mediante osteosíntesis en caso de desplazamiento y/o de luxación perisemilunar<sup>2</sup>.

La luxación aislada del piramidal es rara, y se puede reducir con maniobras cerradas o abiertas si fuese necesario<sup>2</sup>.

El tercer tipo de fractura consiste en una fractura-avulsión del aspecto más volar del hueso. No es frecuente, pero puede significar la presencia de una inestabilidad carpiana, ya que conlleva la avulsión del ligamento palmar cubitopiramidal y, posiblemente, del ligamento intercarpiano lunopiramidal. Es una fractura que a menudo pasa desapercibida en las radiografías iniciales, ya que el fragmento puede estar escondido detrás del ganchoso o en la porción remanente del piramidal. El tratamiento ideal no está establecido, y debe individualizarse según la estabilidad carpiana<sup>2</sup>.

Por último, existe un mecanismo raro de producción de fractura del piramidal asociada con la luxación del pisiforme. Este mecanismo de lesión se piensa que es debido a fuerzas de cizalla producidas por la subluxación del pisiforme. Tienden a ocurrir en la superficie distal cubital a nivel de la articulación pisopiramidal y deben tratarse mediante resección del fragmento osteocondral en combinación con la resección del pisiforme<sup>2</sup>.

En conclusión, las fracturas del hueso piramidal son las segundas en frecuencia del carpo (13%) tras las de escafoides (78%)<sup>1, 2, 4, 5</sup>. A menudo suelen pasar desapercibidas en la fase inicial debido a una clínica inespecífica y la dificultad radiológica de interpretación de los huesos carpianos. Sin embargo, no hay que subestimar los traumatismos de la muñeca con radiografías normales y siempre hay que conservar la idea de que se corre el riesgo de no diagnosticar algunas fracturas si no se realizan pruebas de imagen complementarias. Pueden conducir a una alteración funcional prolongada para el paciente si no se diagnostican adecuadamente. La mayoría se tratan mediante inmovilización enyesada durante cuatro a seis semanas, reservándose el tratamiento quirúrgico en aquellos casos de importantes desplazamientos de los fragmentos óseos, luxaciones o inestabilidades carpianas asociadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bryan RS, Dobyns JH. Fractures of the carpal bones other than the lunate and navicular. Clin Orthop 1980; 149: 107-11
2. Green DP et al. Cirugía de la mano. Volumen 1. 2007. Editorial Elsevier.
3. Stuart PR, Berger RA, et al. The dorsopalmar stability of the distal radioulnar joint. J Hand Surg 2000; 25: 688-99
4. X. Delpit, E. Masméjean. Cirugía de los traumatismos recientes del carpo. EMC - Técnicas quirúrgicas en ortopedia y traumatología 2011:1-15 [Article 44-352].
5. Dumontier C, Soubeyrand M, Carmès S .Fracturas de los huesos del carpo. EMC [14-714]- Doi : 10.1016/S1286-935X(13)65906-7.