

Síndrome escafocapital

ANCHUELA OCAÑA, J., y SÁNCHEZ INCHAUSTI, G.

Doctor en Medicina, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital El Escorial. Madrid.

RESUMEN: El síndrome escafocapital o naviculocapital es una entidad muy infrecuente, consistente en una luxación mediocarpiana con fractura del hueso grande cuya cabeza rota más de 90°, la mayoría de las veces 180°, de tal modo que pierde sus relaciones anatómicas habituales y sus inserciones ligamentosas, siendo irreducible por maniobras cerradas y complicando la reducción de la luxación carpiana. Apenas hay descritos una veintena de casos en la literatura, donde se aportan diversas técnicas de tratamiento. En este artículo se presentan dos casos de síndrome escafocapital que se trataron mediante reducción abierta y síntesis con agujas, con buen resultado funcional a los 2 años de evolución.

PALABRAS CLAVE: Muñeca. Carpo. Traumatismo. Fractura. Luxación. Articulación mediocarpiana. Hueso grande. Síndrome escafocapital. Tratamiento.

Scaphocapitate syndrome

ABSTRACT: Scaphocapitate or naviculocapitate syndrome is an infrequent condition consisting of mid-carpal dislocation and fracture of the capitate bone with rotation of the proximal fragment more than 90°, generally 180°. The capitate loses its usual anatomic relations and ligamentous insertions and cannot be reduced with closed maneuvers, thus complicating the reduction of the carpal dislocation. Only about twenty cases have been reported in the literature, and several treatments. This article reports two cases of scaphocapitate syndrome treated by open reduction and Kirschner wires synthesis. Functional results at 2 years were good.

KEY WORDS: Wrist. Carpus. Trauma. Fracture. Dislocation. Mid-carpal joints. Capitate bone. Scaphocapitate syndrome. Treatment.

El síndrome escafocapital es una rara entidad donde se asocia una luxación mediocarpiana, generalmente transescafoferilunar, con fractura transversal en el cuello del hueso grande cuya cabeza rota más de 90°, generalmente 180°, la superficie articular foco de fractura, perdiendo sus inserciones ligamentosas con la primera hilera del carpo con la consiguiente desvascularización. El primer autor en referirse a este síndrome carpiano postraumático fue Nicholson¹ en 1940, y posteriormente Fenton², en 1956, lo denomina sín-

drome naviculocapital. Su mecanismo de lesiones es un movimiento forzado de hiperextensión de la muñeca, en la cual se produciría la compresión del cuello del hueso grande contra el borde posterior del radio^{3,4}, fracturándose el mismo y desplazándose rotacionalmente el fragmento proximal, a la vez que sucede la luxación transescafoferilunar. Inicialmente se postuló el tratamiento mediante exéresis del fragmento proximal del hueso grande desplazado debido al riesgo de necrosis avascular², pero varios autores observaron su buena evolución sin necrosis mediante reducción y síntesis³.

Correspondencia:

Dr. JAVIER ANCHUELA OCAÑA.
C/ Ladera del Tomillar, 7.
San Lorenzo de El Escorial. 28200 Madrid.
e-mail: janchuelao@secot.es

Recibido: Marzo de 2001.

Aceptado: Mayo de 2002.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 22 años que sufrió accidente de motocicleta, presentando fractura de cabeza radial izquierda y fractu-



Figura 1. Caso 1: Radiografía preoperatoria. SL = semilunar, G = hueso grande, E = escafoides.



Figura 2. Caso 2: Radiografía postoperatoria. SL = semilunar, P = piramidal, E = escafoides, G = grande, H = ganchoso, Tz = trapezoide, T = trapecio.

ra-luxación transescafocapital derecha. En la radiografía inicial (Fig. 1), se observaba la luxación perilunar con una fractura desplazada del cuerpo del escafoides y del hueso grande, con rotación de 180° del fragmento proximal de este último. Se procedió a la reducción abierta de urgencia, por vía palmar, reduciendo y sintetizando el escafoides y el hueso grande, en este orden, mediante agujas de Kirschner que los fijaban a radio y semilunar. Las agujas se mantuvieron 5 semanas y el yeso antebraquial 60 días en total, iniciando posteriormente rehabilitación. Tras 2 años de evolución presentaba en la muñeca un arco de movilidad indoloro de 50° de extensión y 60° de flexión, sin limitaciones para su actividad diaria, por otro lado poco exigente. En la radiografía se observó osteoporosis difusa del carpo, con esclerosis del polo proximal del escafoides y de la cabeza del hueso grande, por la necrosis avascular de los mismos, es asintomática.

Caso 2

Paciente de 23 años que sufre atropello presentando TCE, contusiones varias, fractura de olécranon izquierdo y fractura-luxación transescafocapital izquierda con fractura conminuta de la estiloides radial. En la radiografía inicial (Fig. 2), se observaba fractura desplazada del cuerpo del escafoides y fractura del hueso grande con rotación de 180° de la cabeza. Se intervino de urgencia empleando una vía dorsal, reduciendo y sintetizando con agujas de Kirschner las fracturas, primero del escafoides y después del hueso grande, fijándolos al radio y procediéndose a la exéresis de los fragmentos de la apófisis estiloides radial. Se mantuvieron las agujas durante 60 días y el yeso 4 meses, realizando rehabilitación posteriormente. A los 2 años de evolución presentaba en la muñeca un arco de movilidad indoloro de 80° de flexión y 80° de extensión, sin limitacio-

nes para su labor habitual como trabajador manual. En la radiografía se observaban la consolidación de las fracturas y signos degenerativos incipientes en la articulación radiocarpiana.

DISCUSIÓN

En la literatura apenas se recogen unas decenas de casos de síndrome escafocapital³⁻⁶, siendo la serie más extensa de 5 casos³, por lo que se trata de una variedad muy infrecuente de fractura-luxación mediocarpiana, cuyo dato singular es la rotación de la cabeza del hueso grande que impide su reducción por maniobras cerradas y lo deja en situación avascular. Se trata habitualmente de una fractura-luxación transescafocapital⁵, denominándose en conjunto transescafocapitaloperilunar, complicando o imposibilitando la reducción cerrada⁷, aunque se ha observado asociado a otras fracturas-luxaciones complejas del carpo⁸ y de la extremidad distal del cúbito y el radio⁷, así como también en los niños⁹. Pese a que hay autores que refieren resultados satisfactorios sin reducir la fractura del hueso grande, la única forma de restituir la biomecánica carpiana e intentar evitar la necrosis avascular, es la reducción y síntesis de la fractura, si bien no se dispone de la experiencia suficiente para establecer el mejor método de tratamiento⁵. La vía de abordaje puede ser palmar dorsal, o combinada, siempre amplias, para permitir el abordaje y la síntesis del escafoides, diagnosticar todas las fracturas y verificar la reducción obtenida con la menor lesión de partes blandas posible. En contra de la opinión de algunos autores¹⁰, pensamos que se debe reducir y sintetizar antes la fractura del escafoides, hueso integrador de las dos hileras carpianas y clave de la reducción de cualquier luxación que afecte al carpo, lo que

permite la estabilización de la luxación perilunar y la restitución anatómica del hueso grande. La síntesis de las fracturas se puede realizar con agujas de Kirschner, minitornillos o tornillos de Herbert¹⁰, dependiendo de las características de la lesión y la experiencia del cirujano. Las secuelas de necrosis ósea y artrosis radiocarpiana y mediocarpiana son frecuentes¹⁰, debido a la afectación ósea distal a los pedículos vasculares, a la contusión condral y a la afectación ligamentosa y articular, lo que obliga al seguimiento prolongado de estas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicholson CB. Citado en: Green, DP: Carpal dislocations and instabilities. En: Green, DP, editor: Operative hand surgery, Churchill Livingstone 1993; p. 915.
2. Fenton RL. The naviculo-capitate fracture syndrome. J Bone Joint Surg 1956;38A:681-4.
3. Kaulesar Sukul DM, Johannes EJ. Transscapho-transcapitate fracture dislocation of the carpus. J Hand Surg (A) 1992; 17:348-53.
4. Maser SA, Harding SP, Harhay JS, Webber JB. Answer please. Scaphocapitate fracture syndrome. Orthopedics 1992;15: 1384-6.
5. Pandit R. Proximal and palmar dislocation of the lunate and proximal scaphoid as a unit in a case of scaphocapitate syndrome. A 32-month follow-up. J Hand Surg (B) 1998;23: 266-8.
6. Stabler A, Schiller K. The scaphocapitate fracture syndrome. Rofo Fortschr Geb Rontgenstr neuen bildgeb Verfah 1990; 153:348-50.
7. Mazur K, Stevanovic M, Schnall SB, Hannani K, Zionts LE. Scaphocapitate syndrome in a child associated with a distal radius and ulna fracture. J Orthop Trauma 1997;11: 230-2.
8. Chantelot C, Peltier B, Demondion X, Gueguen G, Migaud H, Fontaine C. A trans STT, transcapitate perilunate dislocation of the carpus. A case report. Ann Chir Main Memb Super 1999;18:61-5.
9. Hokan R, Bryce GM, Cobb NJ. Dislocation of scaphoid and fractured capitate in a child. Injury 1993;24:496-7.
10. Peters A, Plesch J, Schacht U. Scaphocapitate dislocation-fracture of the wrist joint in the setting of multiple injury. Chirurg 1997;68:1187-9.