

## Fractura aislada del hueso trapecio

J.A. Santos Sánchez, J. de Castro García, G. Santos de Vega, J. García Alonso y J. C. Díez Hernández

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario. Salamanca.

Las fracturas aisladas del trapecio son raras<sup>1,2</sup>. Clínicamente pueden simular otro tipo de fracturas de los huesos del carpo, especialmente la del escafoides. Además esta lesión pasa con frecuencia desapercibida en las proyecciones radiológicas habituales realizadas de urgencia<sup>3</sup>. Por todo ello nos parece interesante la presentación del siguiente caso.

Se trata de un hombre de 26 años de edad que sufre traumatismo sobre la mano derecha, dominante, tras accidente de automóvil por choque con otro vehículo.

En la exploración clínica el paciente presentaba dolor e inflamación de la mano y la muñeca así como dolor a la palpación en la tabaquera anatómica e impotencia funcional para la movilización del primer dedo.

Se realizó radiografía anteroposterior y lateral de la mano derecha apreciándose fractura del cuerpo del trapecio de dicha mano, con trazo intraarticular y luxación de la articulación trapeciometacarpiana (fig. 1).

En la tomografía computarizada (TC) se confirmaron los hallazgos radiológicos, demostrándose una fractura vertical del cuerpo del trapecio con afectación intraarticular trapeciometacarpiana y luxación de la misma (fig. 2).

El paciente fue tratado por el servicio de Traumatología, mediante reducción abierta y fijación con agujas el siguiente día del traumatismo, siendo inmovilizado con yeso durante 6 semanas. La evolución fue satisfactoria.

Las fracturas del trapecio constituyen aproximadamente un 5% de todas las fracturas de los huesos del carpo<sup>1</sup>.

Se han descrito múltiples patrones de clasificación de las fracturas de este hueso, pero la mayoría de los autores distinguen dos grupos: las que afectan a la cresta y las que afectan al cuerpo. Las fracturas que afectan a la cresta pue-

**Figura 1.** Proyecciones radiológicas anteroposterior y lateral de la mano derecha, donde puede observarse fractura vertical del cuerpo del trapecio, con luxación de la articulación trapeciometacarpiana.

**Figura 2.** Imagen de tomografía computarizada que muestra fractura de vertical del cuerpo del trapecio con trazo articular que se acompaña de luxación de articulación trapeciometacarpiana.

Correspondencia:  
J.A. Santos Sánchez.  
Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital Clínico Universitario.  
Paseo de San Vicente, 58-182.  
37007 Salamanca.  
Correo electrónico: jasalao@hotmail.com

Recibido el 21-10-2002; aceptado para su publicación el 13-02-2003.

den subdividirse en las que afectan a la punta (tipo 1) y las que afectan a la base (tipo 2)<sup>4</sup>. Las fracturas del cuerpo se han dividido a su vez en fracturas verticales, fracturas conminutas, fracturas luxaciones y fractura del tubérculo dorsocubital<sup>5</sup>. Las fracturas aisladas a través del cuerpo del trapecio son raras, se suelen asociar con otras lesiones car-

pometacarpianas como fractura luxación de Bennett, fractura de Rolando, fracturas del escafoides carpiano, gancho del hueso ganchoso y luxaciones carpometacarpianas<sup>6,7</sup>. Parece ser que el mecanismo de fractura tiene relación con la situación anatómica del trazo de la misma; cuando el mecanismo es indirecto la fractura afecta al cuerpo<sup>8</sup>, como ocurría en nuestro caso, y las fracturas de la cresta pueden ocurrir como consecuencia de mecanismo directo, indirecto y por avulsión<sup>8</sup>.

Las fracturas de trapecio pueden pasar fácilmente desapercibidas en urgencias debido a su rareza y a la mala calidad de las radiografías de rutina de la muñeca. Cuando existen dudas, pueden visualizarse utilizando proyecciones radiológicas especiales (pronación total de la mano "proyección de Robert") de la muñeca y la TC<sup>2,9</sup>.

El tratamiento conservador ha demostrado pobres resultados y en la actualidad está indicada la reducción abierta y la fijación interna con agujas o tornillos que proporciona excelentes resultados, especialmente cuando existe una separación entre los fragmentos de más de 2 milímetros como ocurría en el caso presentado<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cordrey LJ, Ferrer-Torrels M. The management of fractures of the greater multangular. A report of 5 cases. *J Bone Joint Surg* 1960; 42A(7):1111-8.
2. Horch R. A new method for treating isolated fractures of the trapezium. *Arch Orthop Trauma Surg* 1998;117(3):180-2.
3. Verber Jensen B, Christensen C. An unusual combination of simultaneous fracture of the tuberosity of the trapezium and the hook of the hamate. *J Hand Surg (Am)* 1990;15A(2):285-7.
4. Palmer AK. Trapezial ridge fractures. *J Hand Surg (Am)* 1981;6(6):561-4.
5. Griffin AC, Gilula LA, Young VL, Strecker WB, Weeks P. Fracture of the dorso-ulnar tubercle of the trapezium. *J Hand Surg (Am)* 1989; 13(4):622-6.
6. Foster RJ, Hasting IIIH. Treatment of Bennett, Rolando and vertical intra-articular trapezium fractures. *Clin Orthop* 1987;214:121-8.
7. Van Schil P, de Smet C. Simultaneous fracture of the carpal scaphoid and trapezium. *J Hand Surg* 1985;11B(1):112-4.
8. Botte MJ, von Schoroeder HP, Gellman H, Cohen MS. Fracture of the trapezium ridge. *Clin Orthop* 1992;276:202-5.
9. Freeland AE, Finley JS. Displaced vertical fracture of the trapezium treated with a small cancellous lag screw. *J Hand Surg (Am)* 1984;9(6):843-4.
10. McGuigan FX, Culp RW. Surgical treatment of intra-articular fractures of the trapezium. *J Hand Surg (Am)* 2002;27(4):697-703.