

# Fractura escapular en un triatleta. A propósito de un caso

ALVERO CRUZ, J R \*;  
GARCÍA ROMERO, J \*,  
ALVAREZ REY, G. \*\*,  
ZURITA, N. \*\*\*

Escuela de Medicina de la  
Educación Física y el Deporte.  
(EMEFIDE) Universidad  
de Málaga

\* Profesor Asociado. EMEFIDE.  
Universidad de Málaga  
Doctor en Medicina y Cirugía y  
Especialista en Medicina de la

E.F. y el Deporte

\*\* Residente en Medicina de la  
EF y el Deporte. EMEFIDE.  
Universidad de Málaga

\*\*\* Residente en Traumatología  
y Ortopedia. Servicio COT.  
Hospital Regional Carlos Haya.  
Málaga

CORRESPONDENCIA:

Dr. José Ramón Alvero Cruz  
Edificio López de Peñalver.  
Campus Universitario de Teatinos s/n.  
Universidad de Málaga  
Tfno: 952137177  
E-mail: alvero@uma.es

## INTRODUCCION

Las fracturas de escápula son raras y constituyen el 0.4-1% de todas las fracturas y el 3-5% de las fracturas de la cintura escapular. Se presentan generalmente en deportes de contacto (fútbol americano, rugby, hockey), de combate (lucha, boxeo) y deportes con riesgo de colisión (ciclismo, esquí alpino).

La relativa frecuencia con las que se asocian a otras fracturas de la cintura escapular, fracturas costales y lesiones en partes blandas en politraumatizados hace que pasen desapercibidas en un primer momento, con el consiguiente retardo en el diagnóstico.<sup>5</sup>

El mecanismo de producción más frecuente es el traumatismo directo de gran energía, pudiéndose también lesionar con mecanismos indirectos de compresión axial del brazo.

Según Zdravkovic y Damholt las fracturas del cuerpo (tipo I) son las más frecuentes, seguidas de las del cuello y la glenoides (tipo II) y de las del acromion y coracoides (tipo III).<sup>5</sup>

## PRESENTACION DEL CASO

Deportista varón de 20 años de edad, triatleta que en una competición y en el transcurso del segmento de ciclismo sufre una caída sobre el hombro en su parte posterior, con resultado de un traumatismo directo presentando dolor e impotencia funcional a la movilidad del brazo, por lo cual abandonó la prueba deportiva, siendo trasladado a un centro hospitalario donde se le practicó una radiografía anteroposterior del hombro lesionado, mostrando una fractura transversal incompleta del cuerpo de la escápula, por debajo del tubérculo infraglenoideo (fig. 1).

Se instauró un tratamiento conservador con inmovilización del miembro superior derecho con una charpa durante 4 semanas, así como un trata-

Figura I

Radiografía simple anteroposterior de hombro en la que se observa la fractura del cuerpo de la escápula.



miento analgésico e antiinflamatorio en el caso de presentar dolor. La fractura presentó una óptima consolidación del trazo de fractura (fig. 2). Tras dicho

Figura II

Radiografía simple anteroposterior de hombro tras 4 semanas de evolución.



tratamiento se inició un programa de cinesiterapia activa de la articulación escapulotorácica y glenohumeral. A los quince días ya pudo iniciar su entrenamiento de natación propio del triatlón, sin molestias significativas.

## DISCUSION

Las fracturas del cuerpo de la escápula son frecuentes en los accidentes de circulación,<sup>6</sup> así como en diversos deportes como el fútbol americano,<sup>2,4</sup> el esquí alpino<sup>3</sup> y el boxeo<sup>8</sup> y judo<sup>7</sup> con una baja incidencia pero relacionados al tipo de deporte.

La fractura del cuerpo de la escápula y como la mayoría de autores corro-

boran, es debida a un traumatismo directo de alta intensidad<sup>2,3,4</sup> También como nos presenta McAtee puede ser por traumatismos menores.<sup>3</sup>

Las fracturas de escápula pueden ser confundidas con una lesión del manguito de los rotadores<sup>4</sup> o bien con otras y muy variadas estructuras de la cintura escapular<sup>2</sup> como son las inserciones musculares o ligamentosas y las apófisis acromial y coracoidea. Son frecuentes las lesiones asociadas como las fracturas costales ipsilaterales, el neumotórax, las fracturas de clavícula y lesiones del plexo braquial

Las lesiones deportivas del hombro en el esquí alpino representan en tor-

no a un 40%<sup>2</sup>. De estas la mayoría comprometen al manguito de los rotadores y a las luxaciones tanto acromioclaviculares como a las anteriores del hombro (20% cada una de ellas). El resto de lesiones incidirían sobre diversas estructuras como: el húmero, las clavículas y el cuerpo de la escápula (1%)

El tratamiento de estas fracturas sin desplazamiento, con un resultado satisfactorio es la inmovilización<sup>4,5</sup> y la rehabilitación temprana de la articulación.

## Bibliografía

1. Cain, T. E; Hamilton, W. P: Scapular fractures in professional football players . Am J Sports Med: 1992, 20 (3), 363-365.
2. Kocher, M. S; Feagin, J. A. : Shoulder injuries during alpine skiing. . Am J Sports Med: 1992, 24(5), 665-669.
3. McAtee, S.J.: Low-energy scapular body fracture: A case report. Am J Orthop: 1999, 28 (8): 468-472.
4. McBryde, J. P : Scapular fracture in a high school football player. Case report. Physician and Sportsmedicine: 1997, 25 (10), 64-68.
5. Munuera, L.: Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. McGraw-Hill. Interamericana de España, SAU. Madrid. 1999.
6. Wilber, M.C., Evans, E.B.: Fractures of the scapula. An analysis of forty cases and a review of the literature. J Bone Joint Surg Am 1977 59 (3): 358-362.
7. Vannineuse, A, Ralaimiaramanana, F, Quignodon, J. F : Une cas rare de fracture de l'angle inferieur de la scapula. Journal de traumatologie du Sport, 1999, 16(3), 182-185
8. Wyrsh, R.B. , Spindler, K.P., Striker, P.R.: Scapular fracture in a professional boxer. J Shoulder Elbow Surg. 1995, 4 (5) 395-398.