

# Traumatismos del carpo en la práctica deportiva

DR. A. DÍAZ · PÉREZ

## INTRODUCCION

Como es sabido, los traumatismos del carpo son muy frecuentes en la práctica deportiva, produciéndose muchas de estas lesiones no sólo en el día de competición sino también en el día o días posteriores a un entrenamiento intenso.

Estudiando las lesiones del miembro superior según los distintos deportes durante los quinquenios 1961 - 1965; 1966 - 1970 y 1971 - 1975 nos encontramos con que el total de traumatismos de muñeca es de 8.418 (más que en clavícula, hombro, brazo, codo, antebrazo o mano), siendo el balonmano y baloncesto los deportes que mayor número de traumatismos del carpo presentan en comparación con otros deportes (judo, pelota, montañismo, tenis, rugby, etcétera) (1).

A pesar de todo esto se acostumbra muchas veces a no dar importancia a estas lesiones que después son causa de molestias durante meses creando algunas veces rigideces permanentes con pérdida de algunos grados de la función articular. Cuando no se ha tenido en cuenta la fase aguda o no se ha inmovilizado lo suficientemente y el jugador o atleta ha querido seguir compitiendo la fase inflamatoria se prolonga y aparecen secuelas (2).

## DIAGNOSTICO

### a) *Diagnóstico clínico:*

Será la premisa principal en este tipo de lesiones. Historia clínica y exploración cuidadosa: inspección de la muñeca (deformidades, tumefacción, edema, equimosis, etc.); palpación

de la muñeca (huesos de la primera hilera y segunda hilera del carpo, estiloides cubital y radial, interlínea articular, estado de los ligamentos colaterales del carpo e intercarpianos, etc.).

El escafoides es el hueso más externo de la hilera proximal del carpo y en los movimientos de la muñeca (sobre todo en la abducción) es donde más se puede lesionar ya que la inclinación del radio hace que el escafoides tropiece con la estiloides radial. Por ello, en una caída el escafoides es en especial vulnerable ya que cubre las superficies de ambas filas del carpo y se fractura cuando la segunda fila se flexiona hacia atrás sobre la primera, la cual se halla aprisionada bajo el radio (3).

Las lesiones de la cápsula dorsal y ligamentos adyacentes, principalmente el ligamento o fibrocartilago triangular del carpo, se confunden a veces con fracturas de escafoides clínicamente; es por ello que su diagnóstico diferencial es muchas veces difícil y complejo.

### b) *Diagnóstico radiológico:*

Es como siempre el complemento del diagnóstico clínico aunque en estos casos adquiere especial importancia. La exploración a realizar es la ya clásica: radiografía AP, radiografía lateral y radiografía en posición de SCHNELL de la muñeca para ver claramente trapecio, escafoides y base del primer metacarpiano además de todos los huesos del carpo. Un resultado radiográfico negativo no significa nada por lo que será inexcusable volver a practicar estas mis-

mas radiografías a las dos o tres semanas de producida la lesión retirando previamente la inmovilización temporal (fig. 1).

La exploración clínica y radiográfica nos puede poner de manifiesto la existencia de lesiones óseas (fractura de escafoides, fractura-luxación de BENNETT, etc., entre las más importantes) (fig. 2), y asimismo lesiones no óseas de



Fig. 1.—Fractura de escafoides muñeca izquierda.

la muñeca, como por ejemplo una diástasis radiocubital inferior (fig. 3) en la que se distinguen dos tipos:

a) *Incongruencia radio-cubital inferior*, casi siempre debida a fracturas de los huesos del antebrazo (al quedar uno más corto y el otro más largo).

b) *Diástasis verdadera*, ruptura del aparato ligamentoso que une el cúbito y el radio en su extremidad distal.

Y también la exploración radiográfica y clínica puede poner de manifiesto luxaciones de los huesos del carpo, bien sea de uno solo o de varios (semilunar, premilunar, transescafooperilunar, etc.) (figs. 4 y 5).

### TRATAMIENTO

Después de evaluar correctamente la historia clínica (tipo de deporte practicado, mecanismo de caída, contusión o lesión, etc.) y exploración clínica y radiológica pasaremos al tratamiento.

De todos es conocido que el tratamiento en un atleta, en un deportista, es difícil; a veces



Fig. 2.—Fractura-luxación de Bennett primer metacarpiano.



Fig. 3.—Esguince de muñeca. Ruptura parcial aparato ligamentoso. La misma situación radiográfica a las dos semanas de la lesión (no se evidenciaron líneas de fracturas).

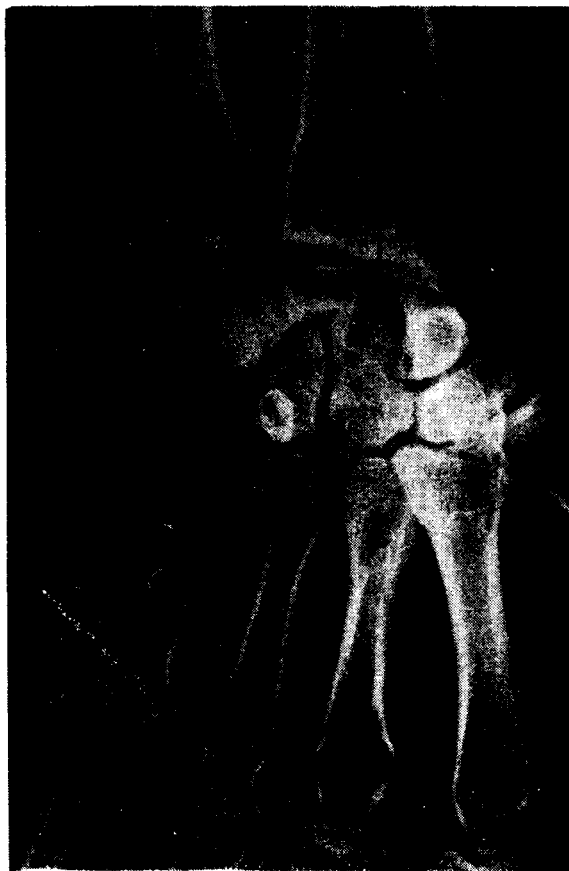


Fig. 4.—Grave lesión del carpo: Nótese la luxación semilunar y la fractura-arrancamiento de la estiloides radial.

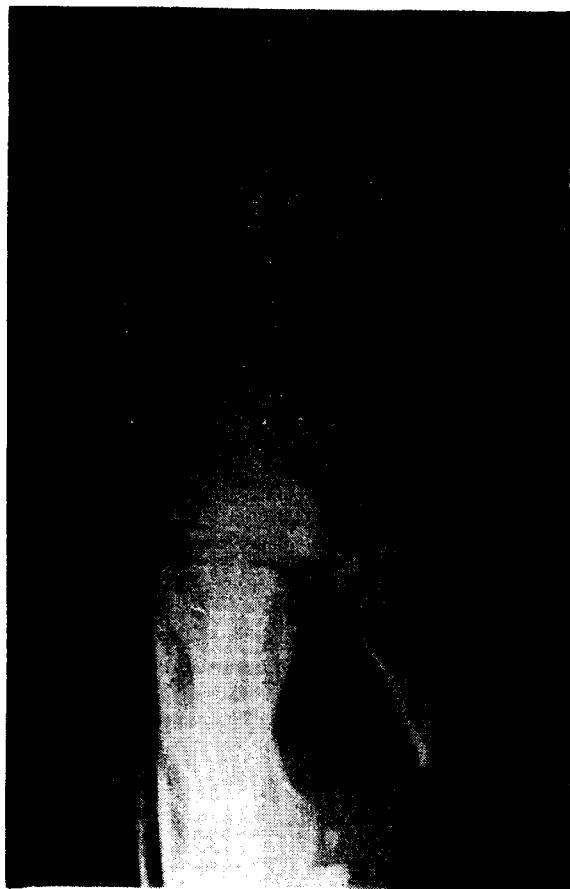


Fig. 5.—La misma radiografía pero en proyección lateral. Nótese más claramente la luxación semilunar.

se trata más al deportista como tal, que como enfermo, por múltiples motivos que de todos es conocido, y esto supone a la larga un error que a veces se paga muy caro.

Sistematizando y resumiendo un poco el tipo o tipos de lesión y su tratamiento podemos decir:

—Es muy importante el viejo aforismo en Traumatología y Cirugía Ortopédica: «Todos los esguinces de muñeca se deben considerar como fractura de escafoides hasta que no se demuestre lo contrario».

—Por ello, ante un traumatismo del carpo procedemos a la inmovilización con yeso tipo escafoides (es decir, incluyendo el primer metacarpiano y falange proximal del primer dedo) o con vendaje compresivo y férula posterior de yeso durante 2-3 semanas, asociándose con analgésicos-antiinflamatorios, para posteriormente repetir control radiográfico.

—Si este control radiográfico nos demuestra que, en efecto, se trata de un «esguince de mu-

ñeca» (esto es, que no hay lesión ósea alguna) y además ha remitido inflamación y edema ligeramente y tiene menos dolor, aconsejamos de una a dos semanas más sin entrenar, reposo, antiinflamatorios locales y generales.

—Si por el contrario se evidencian radiográfica y clínicamente lesiones óseas (escafoides, semilunar, base del primer metacarpiano, alguno de los huesos de la segunda fila del carpo) tanto en el momento del accidente deportivo como pasadas esas dos o tres semanas (para el caso del escafoides), el tratamiento será ortopédico-conservador (si la fractura es reciente) o quirúrgico (fracturas antiguas, retardo de consolidación, pseudoartrosis).

Nosotros estamos totalmente de acuerdo con la mayoría de los autores, que en la vida relativamente corta de un jugador profesional o de un atleta entrenado, seis meses de inmovilización y en ocasiones sin ninguna garantía detrás de ellos, lleva a sentar la indicación quirúrgica. Indicaciones y técnicas quirúrgicas de las que

no hablaremos por escapar del tema y finalidad de este trabajo.

— En el caso de existir lesión ósea en la base del primer metacarpiano, distinguiremos la fractura-luxación de BENNETT, que es la más importante. Esta fractura ha de diagnosticarse y reducirse pronto y bien. Su tratamiento, pues, será ortopédico conservador reduciendo la fractura con tracción del pulgar e inmovilizando con un yeso de antebrazo bien moldeado y que incluya o que llegue hasta la articulación interfalángica distal.

Si la fractura fuera inestable en cuanto a su reducción, se procederá al tratamiento quirúrgico efectuando osteosíntesis más inmovilización con yeso.

— En las lesiones o diástasis radio-cubital inferior, si son puras y producen molestias en la prono supinación se recomienda la técnica de BUNNELL (plastia tendinosa).

Si se trata de una incongruencia de la radio-cubital, algunos autores extirpan dos o tres centímetros del cúbito (en los tenistas esta molestia es desagradable necesitando fuerza en la muñeca). Otra lesión del carpo no ósea es la ruptura del ligamento o fibrocartilago triangu-

lar de la muñeca, que como dice COLEMAN se produce en los jugadores de baloncesto al recoger el balón o también en los porteros de fútbol. Su tratamiento será inmovilización con yeso o bien extirpación quirúrgica si persistieran las molestias (4).

— En cuanto a las luxaciones del carpo, su tratamiento será la reducción cerrada y la inmovilización con yeso si son atendidas urgentemente, pues de lo contrario se impone una reducción abierta.

— Por último, en deportistas en fase crónica, con recidivas, sin observarse lesiones óseas, son útiles infiltraciones con novocaína, o con corticoides y fisioterapia (onda corta, radioterapia antiinflamatoria, etc.).

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Memoria Estadística de la Mutualidad General Deportiva, 1961-1975. Madrid.
- (2) y (4) NAVES y DÁVILA. — Fines de Semana Traumatológicos 1969. Publicaciones INP. Madrid, páginas 119 121 y 12.
- (3) RIENAU. — «Manual de Traumatología». Editorial Toray. Barcelona, 1973, pág. 81.

# REFLEX

## Spray

### Analgésico osteomúsculo-articular

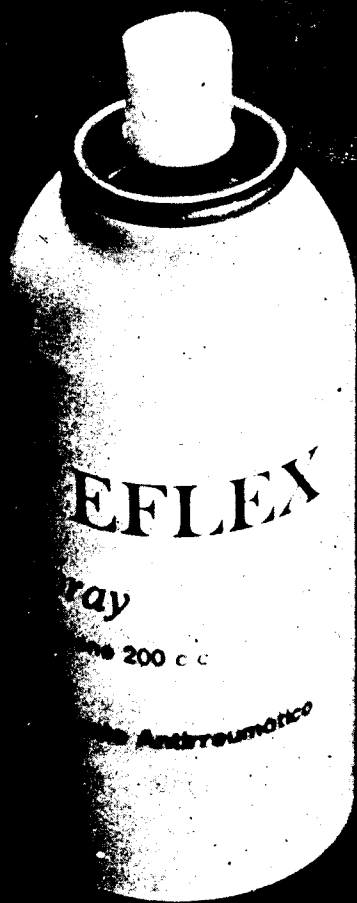
**COMPOSICION:** Cada cc.: DMSO (Dimetilsulfóxido), 60 mg; Salicilato de metilo, 20 mg; Mentol, 30 mg; Alcanfor, 30 mg; Esencia de trementina, 50 mg; Alcohol-bencílico, 10 mg.  
**ACCION:** Favorecida por el dimetil-sulfóxido, analgésico-antiinflamatoria (salicilato de metilo) vasodilatadora y revulsiva suave (esencias aromáticas) de interés especial en medicina deportiva, de empresa y traumatológica.

**POSOLOGIA:** Uso exclusivo tópico. Proyectar sobre la zona afectada desde una distancia de 5-10 cm. durante unos segundos. Repetir la aplicación varias veces al día, S.C.M. No frotar.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTRAINDICACIONES

La proyección sobre los ojos, las mucosas o sobre piel erosionada puede producir irritación, por lo que debe evitarse su aplicación en estas zonas.

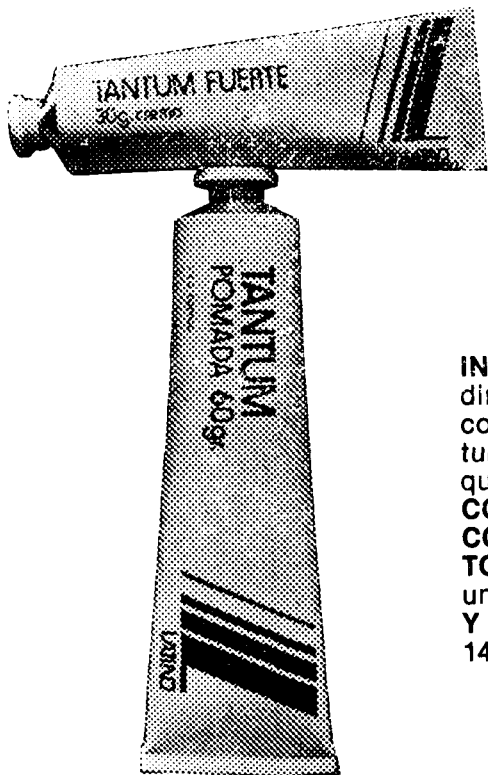
**INCOMPATIBILIDADES. INTOXICACION.** No se han observado.  
**PRESENTACION Y P.V.P.:** Solución, frasco para aerosol con 50 cc., 159 ptas.; con 200 cc., 255 ptas.



**INDICACIONES:** Miositis, lumbalgias, torticolis, contusiones y distensiones ligamentosas. Rotura de fibras, tendosinovitis, esguinces, hematoma traumático.

**TANTUM**  
 medicamento  
 con plaza asegurada

**REUMA**



**TANTUM FUERTE / 30g.**  
**TANTUM POMADA / 60g.**

*el tratamiento analgésico antiinflamatorio  
 que no ha sido igualado*

**INDICACIONES:** REUMA • dolores reumatoideos • lumbago • tortícolis • tendinitis • tenosinovitis • bursitis • mialgias • periartritis • etc., etc. **TRAUMA** • contusiones • magulladuras • torceduras • distensiones • esguinces • fracturas • etc., etc. **OTRAS INDICACIONES:** • parotiditis • flebitis superficiales • quemaduras de 1º y 2º grado • afecciones inflamatorias cutáneas • etc., etc. **COMPOSICION:** CIH de Benzidamina al 3 % en pomada y al 5 % en crema. **CONTRAINDICACIONES E INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **EFECTOS SECUNDARIOS:** No se encuentran descritos. **DOSIFICACION:** Extender una fina capa sobre la zona afectada 2-3 veces al día. **PRESENTACION Y P.V.P.:** Pomada, tubo con 30 y 60 g: 130 y 166 ptas. Crema, tubo con 30 g: 145 ptas.

LABORATORIO PREPARADOR:

