

Fractura escapular en un triatleta. A propòsit d'un cas

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

Escola de Medicina de
l'Educació Física i l'Esport
(EMEFIDE) Universitat
de Màlaga

* Professor Associat. EMEFIDE.

Universitat de Màlaga
Doctor en Medicina i Cirurgia
i Especialista en Medicina
de l'E.F. i l'Esport

** Resident en Medicina de
l'E.F. i l'Esport. EMEFIDE.

Universitat de Màlaga

*** Resident en Traumatologia
i Ortopèdia. Servei COT.
Hospital Regional Carlos
Haya. Màlaga

CORRESPONDÈNCIA:

Dr. José Ramón Alvero Cruz
Edifici López de Peñalver. Campus
Universitari de Teatinos s/n
Universitat de Màlaga
Tfn: 952137177
E-mail: alvero@uma.es

INTRODUCCIÓ

Les fractures d'escàpula són rares i constitueixen el 0,4-1% de totes les fractures i el 3-5% de les fractures de la cintura escapular. Es presenten generalment en esports de contacte (futbol americà, rugbi, hoquei), de combat (lluita, boxa) i esports amb risc de col·lisió (ciclisme, esquí alpí).

La relativa freqüència amb que s'associen a altres fractures de la cintura escapular, fractures costals i lesions en parts toves en politraumatitzats fa que passin desapercebudes en un primer moment, amb el conseqüent retard en el diagnòstic.⁵

El mecanisme de producció més freqüent és el traumatisme directe de gran energia, podent-se lesionar també amb mecanismes indirectes de compressió axial del braç.

Segons Zdravkovic i Damholt, les fractures del cos (tipus I) són les més freqüents, seguides de les del coll i la glenoides (tipus II) i les de l'acromion i coracoides (tipus III).⁵

PRESENTACIÓ DEL CAS

Home esportista de 20 anys d'edat, triatleta que durant una competició i en el decurs del segment de ciclisme pateix una caiguda sobre l'espatlla en la seva part posterior, amb resultat d'un traumatisme directe presentant dolor i impotència funcional a la mobilitat del braç, fet pel qual va abandonar la prova esportiva, essent traslladat a un centre hospitalari on se li va practicar una radiografia anteroposterior de l'espatlla lesionada, mostrant una fractura transversal incompleta del cos de l'escàpula, per sota del tubercle infraglenoide (fig. 1).

Es va aplicar un tractament conservador amb immobilització del membre superior dret amb una xarxa durant 4 setmanes, així com un tractament anal-

Figura 1

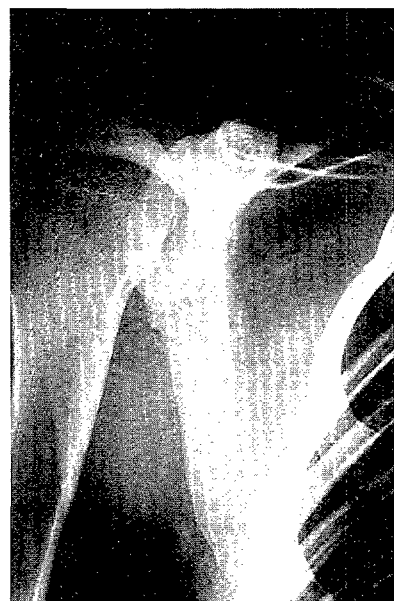
Radiografia simple anteroposterior de l'espatlla en la qual s'observa la fractura del cos de l'escàpula.



gèsic i antiinflamatori si es manifestava dolor. La fractura va presentar una òptima consolidació del traça de fractura (fig. 2). Després del tractament, es va

Figura 2

Radiografia simple anteroposterior de l'espatlla després de 4 setmanes d'evolució.



iniciar un programa de cinesiteràpia activa de l'articulació escapulotoràcica i glenohumeral. Als quinze dies ja va poder iniciar l'entrenament de natació propi del triatló sense molèsties significatives.

DISCUSSIO

Les fractures del cos de l'escàpula són freqüents en els accidents de circulació,⁶ així com en diversos esports com el futbol americà,^{2,4} l'esquí alpí,³ la boxa⁸ i el judo⁷ amb una baixa incidència, però, en relació amb el tipus d'esport.

La fractura del cos de l'escàpula, tal com ho corroboren la majoria d'autors,

és deguda a un traumatisme directe d'alta intensitat.^{2,3,4} També, tal com ens ho presenta McAtee, pot ser per traumatismes menors.³

Les fractures d'escàpula poden confondre's amb una lesió del manegot dels rotators⁴ o bé amb altres i molt variades estructures de la cintura escapular² com són les insercions musculars o lligamentoses i les apòfisis acromial i coracoide. Són freqüents les lesions associades amb les fractures costals ipsilaterals, el pneumotòrax, les fractures de clavícula i lesions del plexe braquial.

Les lesions esportives de l'espatlla a l'esquí alpí representen al voltant d'un

40%.² D'aquestes, la majoria comprometen al manegot dels rotators i a les luxacions tant acromioclaviculars com a les anteriors de l'espatlla (20% cadascuna d'elles). La resta de lesions incidiran sobre diverses estructures com: l'húmer, les clavícules i el cos de l'escàpula (1%).

El tractament d'aquestes fractures sense desplaçament, amb un resultat satisfactori, és la immobilització^{4,5} i la ràpida rehabilitació de l'articulació.

Bibliografia

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.