

APUNTS. MEDICINA DE L'ESPORT.  
1999; 131: 37-38

# Fractura d'estrès i retard de consolidació de l'apòfisi unciforme de l'os ganxut. Cas clínic en un jugador d'hoquei gel.

**DR. JORDI ARDEVOL I CUESTA**  
Cirurgia Ortopédica i  
Traumatologia  
Medicina del deporte  
C/ Industria, 90-92  
escalera izda. 3º 4º  
08025 Barcelona  
Tel. 93 348 06 98

**RESUM:** L'apòfisi unciforme de l'os ganxut és una estructura que es localitza en l'eminència hipòtenar, a 2 cm. de l'os pisi-forme desplaçant el dit de l'examinador en direcció al 2on metacarpià. En l'àmbit de l'esport, els impactes, generalment produïts pel mànec d'un estri esportiu, poden provocar la fractura d'aquesta apòfisi.

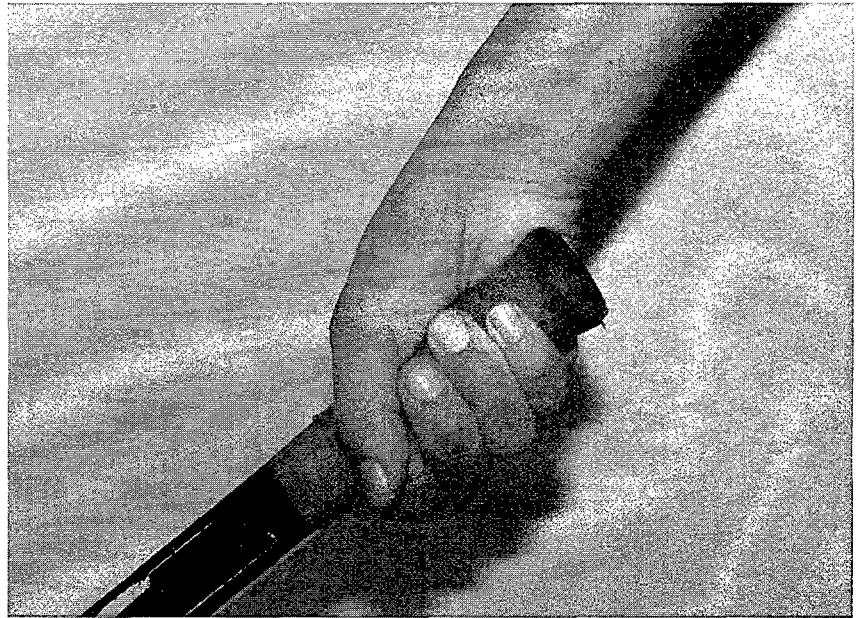
## CAS CLÍNIC

Jugador d'hoquei gel de 17 a. que refereix dolor en l'eminència hipòtenar d'aparició progressiva d'1 mes d'evolució, que s'ha reaguditzat després d'un partit. L'exploració clínica mostra do-

lor espontani en la regió hipòtenar que augmenta amb la palpació i la flexió contraresistida del 5è dit. L'àrea dolorosa correspon al punt de recolzament de l'extrem proximal del mànec del pal d'hoquei (Fig. 1).

**Figura I**

Contacte entre el pal i l'eminència hipòtenar.

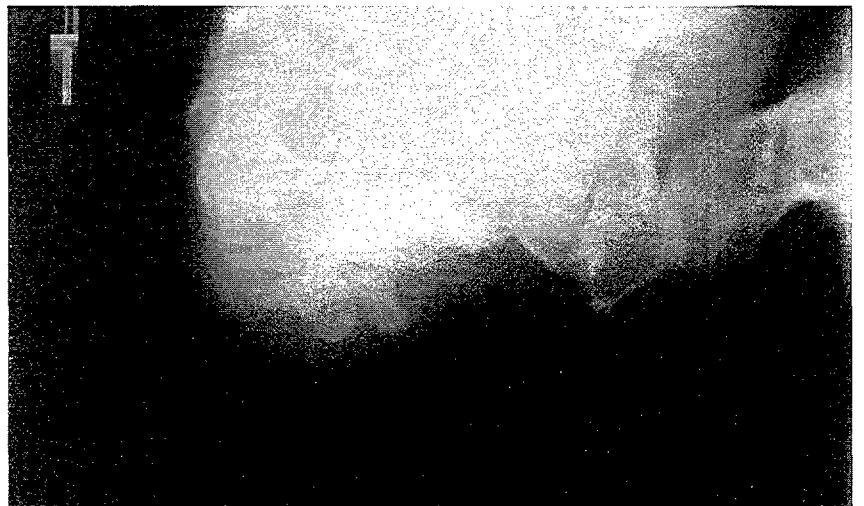


Les Rxs convencionals són normals, però la projecció del canal carpià presenta una imatge de fractura de la

base de l'apòfisi unciforme de l'os ganxut (Fig. 2). La TAC confirma el diagnòstic.

**Figura II**

Projecció del canal carpià on s'observa la fractura de l'apòfisi unciforme.



Sospitant una fractura per sobrecàrrega, tenint en compte els símptomes previs i el temps transcorregut, s'immobilitza amb un guix avantbraquial que es manté 6 setmanes. Al reiniciar l'activitat esportiva recidiva la clínica. Una nova TAC mostra signes de manca de consolidació de l'antiga fractura (Fig. 3). Es intervingut, practicant-se l'excisió del fragment de l'apòfisi. Es col·loca una fèrula avantbraquial 2 setmanes i al mes de l'intervenció s'autoritza el reinici de la pràctica esportiva sense referir cap seqüela.

### DISCUSSIÓ

La fractura de l'apòfisi unciforme de l'os ganxut no és una lesió excepcional en l'esport. Es relaciona amb l'utilització d'estrís esportius, especialment els bats de beisbol, raquetes i pals de golf i polo (1,2). El mecanisme lesional habitualment descrit és l'impacte repetit del pal sobre l'eminència hipòtenar (3). Existeix una diferència entre jugadors de beisbol i golfistes que es lesionen la mà no dominant, respecte els que juguen esports de raqueta i polo que es fracturen l'apòfisi de la mà dominant. El nostre cas s'afegiria als esports que la mà dominant està en contacte amb el final del pal.

És difícil saber si la fractura s'ha produït per un sol traumatisme, o bé hi ha un mecanisme d'estrès per microtraumatismes repetits. També s'han descrit casos provocats per un traumatisme directe en caiguda, així com per la contracció de la musculatura intrínseca hipòtenar i dels tendons flexors veïns (4,5).

Aquestes fractures es diagnostiquen per Rx en projecció del canal carpià o en oblíqua a 20°. De tota manera l'exploració més sensible és la TAC que dona la màxima informació sobre la situació i/o desplaçament del fragment.

Probablement, tenint en compte el mecanisme d'estrès i el temps d'evolució des dels primers símptomes, s'hauria d'haver considerat inicialment com un retard de consolidació, i per tant, amb poques possibilitats d'èxit amb el tractament conservador. D'acord amb el pacient, i donat que no hi havien desplaçaments, es va indicar la immobilització de 6 setmanes. La majoria dels autors proposen la immobilització en les fractures no desplaçades, seguint-se de forma estricta amb Rx i TAC el procés de consolidació (6). Quan la fractura està desplaçada o manca la consolidació es pot optar per l'osteosíntesi. És un tractament tècnicament molt difícil

i amb un poder osteogènic limitat. Creiem doncs, que l'excisió que proposen molts autors és l'indicat en aquests casos (3,4). El què és habitual és la desaparició del dolor, encara que poden persistir molèsties a la cicatriu.

Manquen sèries àmplies per saber les possibles complicacions biomecàniques de l'excisió. En l'apòfisi s'inserten el lligament transvers del carp, el lligament piso-hamate, el flexor digiti minimi brevis i l'opponens digiti minimi. No es coneix la repercussió funcional de la desinserció d'aquestes estructures, encara que el retorn a l'activitat és la norma entre els esportistes sotmesos a aquesta intervenció.

### Bibliografia

1. McCUE FC, MAYER V: Rehabilitation of common athletic injuries of the hand and wrist. *Clin Sports Med* 8:731, 1989
2. McCUE FC III, BAUGHER WH, KULUND DA, et al: Hand and wrist injuries in the athletes. *Am J Sports Med* 7:275-286, 1979
3. BISHOP AT, BECKEMBAUGH RD: Fracture of the hamate hook. *J Hand Surg* 13:135-139, 1988
4. STARK HH, WRIGHT TW, WALACE PF, et al: Fracture of the hook of the hamate. *J Bone Joint Surg (Am)* 71(A):1202, 1989
5. WATSON HK, ROGERS WD: Nonunion of the hook of the hamate: An argument for bone grafting the nonunion. *J Hand Surg (Am)* 14:486, 1989
6. WHALEN JL, BISHOP AT, LINSCHIED RL: Nonoperative treatment of acute hamate hook fractures. *J Hand Surg (Am)* 17(A):507, 1992

**Figura III** Retard de consolidació en imatge de TAC.

