

Síndrome de Fenton: luxación transescafo-hueso grande, a propósito de un caso

Isern de Val, A; Ramírez de Paz, R; Coll Mesa, L
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria – Santa Cruz de Tenerife

Introducción:

El síndrome de Fenton o fractura-luxación transescafo-hueso grande se ha definido como una fractura de escafoides y de hueso grande asociada a una rotación de 90-180° de este.

Objetivos:

Realizamos una revisión de la bibliografía a propósito de un caso presentado en nuestro Servicio, destacando la importancia del diagnóstico precoz con el fin de evitar las secuelas derivadas de esta lesión

Material y Métodos:

Varón de 34 años que sufre atropello con caída con muñeca en hiperextensión. Se realizaron radiografías anteroposterior y lateral de muñeca, pasando desapercibida inicialmente la lesión. Acude meses después a nuestra consulta por persistencia del dolor y limitación funcional. Se realizaron Radiografías, TC y RMN donde se evidencia la fractura-luxación transescafo-hueso grande, así como los cambios degenerativos secundarios. Debido esto hubo que realizar una artrodesis cuatro esquinas

Resultados:

El síndrome de Fenton se trata de una lesión infrecuente. El mecanismo lesional es controvertido, la hiperextensión forzada parece ser la etiología más aceptada. Según Stein et al. la lesión pasa por tres estadios: en primer lugar se produciría la fractura del escafoides por compresión, posteriormente el contacto entre el radio y el hueso grande produciría la fractura de este último; finalmente la persistencia del movimiento produce la rotación del fragmento del hueso grande 90°-180°. El diagnóstico inicial es radiográfico presentado una alteración del arco III de Giula. Ante la sospecha diagnóstica la realización de un TC es útil para la valoración de ambas fracturas y sobretodo la rotación del fragmento del hueso grande. Si el diagnóstico es precoz el tratamiento consiste en el reducción abierta y osteosíntesis. Si el diagnóstico es tardío, es controvertido: si no hay signos de necrosis o artrosis mediocarpiana se puede optar por osteosíntesis, en caso contrario será necesario optar por una artrodesis cuatro esquinas.

Conclusión:

Es importante familiarizar a los médicos de Urgencias con las lesiones del carpo, haciendo hincapié en los arcos de Giula, así como el mecanismo lesional, la localización del dolor en el carpo y presencia de deformidades respecto a muñeca contralateral con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz de estas lesiones que con frecuencia pasan desapercibidas.



Fig 1. Radiografías iniciales Anteroposterior P y Lateral



Fig 2. Radiografía AP y lateral 8 meses de evolución



Fig3. RMN ocho meses de evolución de la lesión



Fig4. Artrodesis cuatro esquinas

