

Revista Española de Electrología y Radiología Médicas.

:: PUBLICACIÓN MENSUAL DE FÍSICA-MÉDICA ::

DIRECTOR FUNDADOR:

Dr. C. CALATAYUD COSTA

Ex Profesor - auxiliar y Radiólogo de la Facultad de Medicina de Valencia.— Delegado oficial de España en los Congresos Internacionales de Electrología y Radiología Médicas.— Profesor agregado al Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría.— Director-fundador del 1^{er} Instituto Español de Electricidad Médica. - Profesor-auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid



Tomo V.

:: AÑO 1916 ::

Dirección, Redacción y Administración:
Calle de Arrieta, 12.-MADRID

REVISTA ESPAÑOLA
DE
ELECTROLOGÍA Y RADIOLOGÍA MÉDICAS

DIRECTOR FUNDADOR: C. CALATAYUD COSTA

Estudio radiográfico de
la fractura de Bennet

Por el Dr. J. Decref, de la Real Academia de Medicina,
de Madrid.

Son las fracturas de los metacarpianos las que más se abandonan, por creerlas de poca importancia o por desconocer su existencia por falta de diagnóstico; pero entre ellas existen algunas que pueden determinar la inutilidad del pulgar, que por ser la base del útil mecanismo de la mano, son de extraordinaria importancia.

A esta clase pertenece la fractura que Bennet describió por primera vez en 1882. Robinson, en 92 casos de fractura del primer metacarpiano, observó 28 del tipo Bennet.

Consiste esta fractura en la rotura y desprendimiento de la tuberosidad interna de la base del primer metacarpiano.

Este hueso, para adaptarse a la cara articular inferior del trapecio, único a que va unida su base, toma en esta extremidad una forma que varía bastante de la de los otros metacarpianos. Además varía también en los diferentes individuos, exagerando más o menos su forma, particularidad que se ha de tener en cuenta para hacer el diagnóstico radiográfico.

La base del primer metacarpiano tiene un eje transversal, me-

nor que el longitudinal, que termina en la cara antero-interna superior del hueso en un pico que es el punto más frágil de todo él. Si a esto se añade que su articulación con el trapecio da movimientos mucho más amplios que las otras articulaciones carpo-metacarpianas, que la hace más vulnerable a las luxaciones que son las que determinan al intentar verificarse la fractura de esa tuberosidad, se comprenderá cuán fácil es que se presente esta clase de fractura, siempre que se exagera una fuerza que empuje en la dirección del eje total longitudinal del hueso, estando éste en aducción y flexión, y que mientras esta posición es más exagerada más viene a actuar la fuerza sobre ese punto que hemos dicho era el más frágil de todo el hueso.

Facilita también el mecanismo descrito de estas fracturas, que en el trapecio, la cara articular destinada a la articulación del primer metacarpiano, situada en su cara inferior, mira abajo, afuera y un poco adelante, siendo cóncava en el sentido transversal y convexa en el antero-posterior, correspondiendo la base del primer metacarpiano con planos contrarios, para adaptarse a esta superficie; pero estas convexidades y concavidades son poco marcadas y están cubiertas naturalmente de un cartilago hialino, que amortigua más esas diferencias, para que con la cápsula en forma de manguito, único ligamento que posee, den la amplitud necesaria a los movimientos.

Se explica también el por qué los ingleses han hecho el estudio más detenido de esta fractura, puesto que su afición al boxeo y la posición que adopta el pulgar para este deporte al golpear al contrario facilitan mucho la frecuencia de su aparición en Inglaterra.

Dos elementos, bajo el punto de vista anatómico, caracterizan esta fractura: 1.º, una línea de fractura vertical u oblicua, que desprende el pico anterior de la base del primer metacarpiano, sin que la continuidad del hueso aparezca interrumpida, y 2.º, una sub-luxación del metacarpiano hacia fuera y arriba.

Los síntomas son inflamación de la región, imposibilidad funcional, dolor y crepitación que puede faltar muy amenudo, y un desdibujo de la mano, que hay que tener en cuenta por luxación del primer metacarpiano; luxación que, si se hace la extensión fi-

rando del pulgar desaparece, pero reaparece en cuanto cesa ésta.

El diagnóstico hay que hacerlo con la radiografía, y para que éste sea útil hay que tener en cuenta las siguientes observaciones;

Cuando el caso es reciente, si el cirujano no hace más que, después de estudiar los síntomas, querer confirmarlos, el asunto es fácil para el radiógrafo; pero como esto es rarísimo, he aquí por qué el radiógrafo es el que tiene que hacer el diagnóstico la mayor parte de las veces, si sabe, naturalmente, que existe esta clase de fracturas y sus síntomas tardíos: éste es el problema. Despreciada esta lesión por creerla insignificante ó no conocerla, pasan los días en que tiene fácil arreglo. Su persistencia y la inutilidad que produce, van dándole importancia concluyendo el lesionado por ir a un gabinete radiográfico, para que se aclaren las causas de tantas molestias. El desconocimiento en los radiógrafos de esta clase de fracturas las hace pasar desapercibidas, y sobre esto quiero yo llamar la atención.

Si nosotros hacemos una radiografía de la mano con tubos blandos, con objeto de que nos dé la fotografía de las partes blandas, por lo menos de su silueta, veremos perfectamente no sólo la fractura del hueso, sino la deformidad consecutiva de las partes blandas.

Es éste un punto muy esencial. El radiógrafo debe dar todas las facilidades para el diagnóstico, y no supeditar éstas al efecto que pueda producir una radiografía bonita.

Las radiografías bonitas las puede hacer un mozo; las útiles no las puede hacer más que un médico con gran conocimiento de la lesión que explora y que sospecha ya, por los datos clínicos que da el enfermo. La radiografía debe confirmarlos únicamente en la mayor parte de los casos, y sólo dar detalles de la forma de la lesión.

Estas siluetas de los desdibujos de las partes blandas acusan en ocasiones las deformidades clásicas de las lesiones mejor en la radiografía que en el examen visual de la región, y en casos como el que nos ocupa, enseñan al clínico, sólo por la deformidad, a hacer el diagnóstico. Claro es que en Medicina hay pocos axiomas, y jamás debe despreciarse ningún síntoma, por insigni-

ficante que parezca, ni ningún medio que nos conduzca a la certeza del diagnóstico; por eso en éste y en todos los casos, debe hacerse la radiografía, aunque los síntomas nos den la seguridad de que sabemos de qué se trata, porque con este procedimiento es como se pueden conocer las múltiples variedades con que se presenta una misma lesión.

Véanse ahora las dos radiografías que acompañan a este trabajo.

La de la *figura 1.^a* corresponde a una mano que acusa: (núm. 1), fractura de Bennet; (núm. 3), deformidad característica de esta frac-

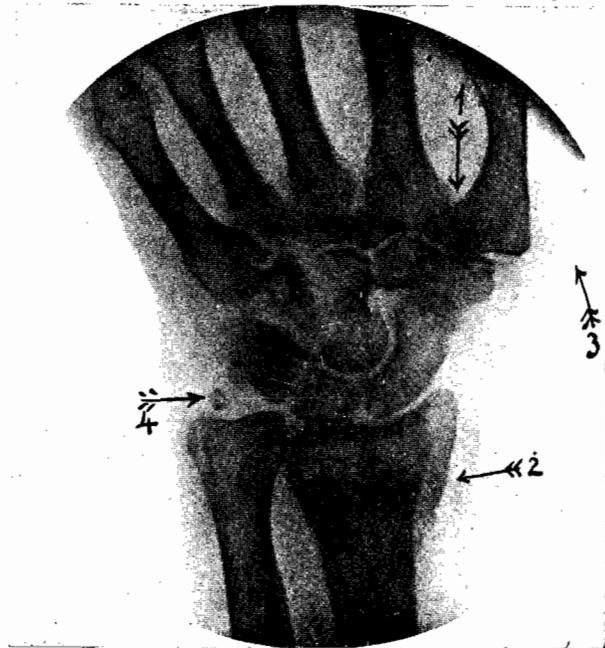


Figura 1.^a

- 1) Fractura de Bennett.
- 2) Fractura de Colles.
- 3) Deformidad propia de la fractura de Bennett.
- 4) Fractura de la apofisis estiloides del cúbito.

tura; (núm. 2), fractura de Colles y su deformidad; (núm. 4), fractura de apofisis estiloides del cúbito y su deformidad, que acompaña casi siempre a la fractura de Colles. Esta radiografía es muy instructiva para dilucidar, entre todas esas deformidades propias de fracturas de otros huesos, la clásica de Bennet.

La *figura 2.^a* muestra otra fractura de Bennet, y su deformidad pura y simplemente.

La *figura 3.^a* muestra un dibujo copiado de una radiografía, en el cual se vé la fractura de Bennet en forma que alcanza su línea

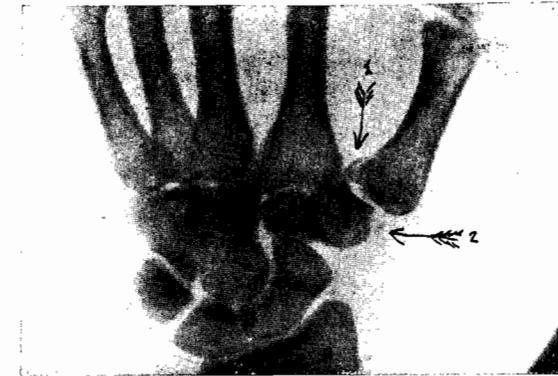


Figura 2.^a

- 1) Fractura de Bennett.
- 2) Deformidad de las partes blandas.

hasta la mitad del cuerpo del metacarpiano, que no es tan frecuente, pero que es muy clara. Hay que tener en cuenta, como ya he



Figura 3.^a

indicado, que los casos en que el radiógrafo tendrá que intervenir serán por lo general tardíos, y podrán determinar el diagnóstico exacto, bien para emplear el tratamiento que admite el estado de la lesión, o bien para determinar casos de inutilidad en accidentes del trabajo. Cuanto más tardía sea la exploración, más detalles dará naturalmente la radiografía respecto a su pronóstico, con respecto a explicar los dolores, la formación de un callo exuberante por movilidad del fragmento, inutilizando la articulación, o la no formación de aquél por falta de tratamiento adecuado. La posición en que ha de sacarse la radiografía es colocando la mano en pronación sobre la placa.

A veces, para convencer a un médico que no está muy experi-

mentado en ver radiografías, y menos de esta clase de fracturas, convendrá colocar la mano sobre la placa por su borde radial, exagerando la abducción y flexión del pulgar, y dejando que los rayos más perpendiculares caigan sin obstáculo sobre la región tenar. Esta forma de radiografiar la mano se debe evitar siempre que se pueda sobre todo en los primeros días de la fractura, por ser muy dolorosa, siéndolo también en las fracturas antiguas sin tratamiento, aunque no con tanta intensidad.

Algunas veces se hace necesario por la forma anormal y rara del fragmento o los fragmentos, que también se dan casos en que sean más de uno, estudiar la reducción de la fractura con radioscopía, para elegir la posición en que se ha de sostener el pulgar para obtener la buena posición de los fragmentos. La posición mejor, por lo general, es la abducción y extensión forzada del pulgar, sostenida por una férula especial que se hace expresamente con este objeto. Excusado es decir que una vez hecha la reducción se debe hacer una nueva exploración, como en todas las fracturas, para ver si se ha conseguido el objeto que nos proponíamos.

Resumé:

Dr. J. Decref (de Madrid). Étude radiographique de la fracture de Bennet.

On attribue généralement peu d'importance aux fractures des métacarpiens, bien qu'il y en a qui peuvent déterminer l'inutilité fonctionnelle du pouce et compromettre par cela le mécanisme de la main.

Une de ces fractures graves et peu connues est celle de la tubérosité interne de la base du premier métacarpien, décrite par Bennet en 1882 et qui lève son nom.

L'auteur, dans le présent travail fait une étude complète de cette fracture sous le point de vue étiologique, anatomique, symptomatologique et radiologique.

L'examen radiologique est absolument indispensable dans ces cas et fournit des détails précieux, surtout quand il s'agit d'obtenir des dates exacts [dans une expertise d'accident de travail].
