

LES FRACTURES DE CANELL DELS FUTBOLISTES

Hi ha una sèrie de fractures habituals que poden donar-se al canell. El mecanisme de lesió més comú és una caiguda sobre una ma oberta.

Fractura de l'escafoide

Aquest és el tipus de fractura carpiana més freqüent (representa el 70% de totes les fractures carpianes) i també la més poc diagnosticada. Hem de sospitar d'aquest tipus de lesió en qualsevol cas de caiguda sobre la ma oberta. Pot ser una lesió problemàtica amb un alt índex de mala consolidació i de complicacions, a causa de les deficiències de reg sanguini. Mentre que en les zones mitja i distal reben un reg sanguini directe, el costal proximal rep un indirecte a través dels basaments que passen per darrere de l'os mitjà. Aquests basaments poden danyar-se amb les fractures, la qual cosa provocaria una necrosi vascular.

El mecanisme més comú és una caiguda sobre la ma oberta, normalment amb extensió i desviació radial del canell (en porters podria ser una forta hiperextensió en aturar). Els pacients als quals no se'ls ha diagnosticat la lesió, solen referir molèsties cròniques en realitzar activitats en les quals suporten pes i en les que s'utilitzen la ma i el canell.

Exploració

Els pacients solen referir dolor a la palpació de la tabaquera anatòmica. Malgrat que aquest signe és bastant sensible, no és específic. Palpar el tubèrcul de l'escafoide (la superfície palmar de la ma) i aplicar una càrrega axial sobre el primer metacarpià també són proves útils. En combinar-les, aquestes proves augmenten l'especificitat de l'exploració clínica. Una disminució de la força de la pressió també pot ser significativa.

Proves complementàries

Hem d'obtenir radiografies de tots els esportistes que hagin patit una lesió després d'una caiguda sobre la ma oberta i presentin dolor a la palpació de l'escafoide. Demanarem una sèrie de radiografies específiques de l'escafoide. Les radiografies inicials poden ser una mica sensibles i passar per alt aquesta lesió. Si les radiografies inicials són normals, però se segueix sospitant que el pacient pateix una fractura, haurem

d'immobilitzar l'articulació i repetir les radiografies deu dies després de la lesió. Altre possible opció consisteix a recórrer a altres proves diagnòstiques per imatge per confirmar la lesió. La ressonància magnètica és la prova per excel·lència i els metges l'han d'utilitzar si necessiten confirmar el diagnòstic (després d'haver fet ja les radiografies inicials).

Tractament

En el tractament d'un futbolista amb una fractura de l'escafoide, és important tenir en compte els següents factors pronòstics negatius:

- La fractura afecta el costat proximal.
- Desplaçament.
- Angulació.
- Fractura vertical/obliqua (potencialment inestable)
- Diagnòstic tardà.
- Fumador.

Les fractures sense complicacions solen tractar-se amb immobilització durant un mínim de vuit setmanes. S'ha d'utilitzar un guix que vagi des de l'avantbraç fins a l'articulació interfalàngica del polze, però sense incloure a aquesta, amb el canell en posició neutral. Les fractures que no presenten complicacions tenen un índex de consolidació del 95%. L'esportista no ha de tornar a fer esport fins que no hi hagi proves radiogràfiques de consolidació. Altres guixos i fèrules són menys eficaces i per tant és millor no utilitzar-les.

En esportistes professionals, o si existeix algun factor pronòstic negatiu, considerarem la fixació quirúrgica. L'enfocament quirúrgic pot permetre a l'esportista tornar abans a la pràctica esportiva. La fixació quirúrgica mínimament invasiva amb un cargol pot facilitar la tornada a l'esport després d'unes sis setmanes.