

# Fractura del escafoides

Una fractura de escafoides es una rotura de un pequeño hueso situado en el lado del pulgar de la muñeca, normalmente tras una caída sobre la mano extendida.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

## Qué está sintiendo

Una fractura del escafoides suele producirse al caer sobre la mano extendida o durante la práctica deportiva. El escafoides es un hueso pequeño situado en el lado del pulgar de la muñeca, justo por debajo de la base del pulgar. La fractura suele deberse a una caída baja, desde la propia altura, aunque en los hombres es más frecuente que se produzca tras un impacto más fuerte, como en el deporte o en un accidente de tráfico. Algunas personas no sienten más que un dolor agudo en el momento de la lesión.

Desde el primer momento, duele el lado del pulgar de la muñeca. Puede haber hinchazón y hematomas en ese lado. El punto situado justo por debajo de la base del pulgar, una pequeña depresión llamada tabaquera anatómica, suele doler al presionarlo. La muñeca puede sentirse rígida, y puede doler al doblarla por completo, al apoyarse en ella o al cargarla en posiciones extremas. Juntar el pulgar y el índice en forma de pinza, o empujar a lo largo del pulgar, también puede doler.

Estos signos pueden ser sorprendentemente leves. La hinchazón en esa depresión puede ser escasa, y algunas personas aún pueden mover la muñeca lo bastante bien como para pensar que solo se trata de un esguince. Esa es una de las razones por las que las fracturas del escafoides pasan desapercibidas. Hasta el 30% al 40% no se ven en las primeras radiografías, y algunas solo se confirman cuando la muñeca se vuelve a examinar y a estudiar con pruebas de imagen, casi siempre a los 10 a 14 días de la lesión.

Durante los primeros días y semanas, el dolor suele ser peor al principio. Mover la muñeca, agarrar objetos o levantarse de una silla apoyándose en esa mano le dolerá. Es frecuente un dolor sordo por la noche en los primeros días. El dolor suele calmarse a medida que comienza la consolidación, aunque la sensibilidad en esa depresión por debajo del pulgar puede durar hasta la segunda semana.

Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación con un especialista. Si no puede contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

## ¿Qué está ocurriendo realmente?

---

El escafoide es un hueso pequeño y curvo situado en el lado del pulgar de la muñeca. Se encuentra dentro de la propia articulación de la muñeca y une las dos filas de huesos pequeños que forman la muñeca. Piense en él como el enganche entre la parte delantera y la trasera de un tren: cuando está entero, ambas mitades se doblan y se enderezan juntas con suavidad. Cuando se rompe, las dos mitades de la muñeca pueden empezar a moverse descoordinadas entre sí.

La mayoría de las fracturas se producen a través de la zona central del hueso, conocida como “cintura”. Es donde el hueso soporta la mayor fuerza de flexión cuando la muñeca se ve forzada hacia atrás en una caída. Entre el 70% y el 80% de las fracturas del escafoide se producen en la cintura. El resto se producen más cerca del antebrazo o más cerca del pulgar.

Este hueso tiene una irrigación sanguínea poco habitual. La sangre entra por el extremo más alejado, cerca del pulgar, y recorre el hueso hacia atrás. Una fractura puede cortar ese aporte al fragmento de hueso más próximo al antebrazo. Sin sangre, a ese fragmento le cuesta curarse. Por eso importa tanto dónde se sitúa la fractura, y por eso algunas fracturas se tratan de forma distinta a otras aunque se parezcan en la radiografía.

El hueso se cura volviendo a soldarse, igual que un brazo roto. Se forma hueso nuevo a través de la fractura hasta que los dos fragmentos vuelven a ser uno. Pero para ello los fragmentos deben mantenerse inmóviles y recibir un buen aporte de sangre. Si la fractura está desplazada, o si los dos fragmentos se mueven uno contra otro al usar la muñeca, es posible que el hueso no llegue a soldarse. Si no se suelda, la muñeca puede desgastarse lentamente a lo largo de los años, porque las dos filas de huesos siguen trabajando descoordinadas.

Ese es, en pocas palabras, el problema mecánico: un enganche roto en una articulación que depende de él.

## Qué podemos hacer al respecto

---

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica de cada paciente. Algunas fracturas del escafoide se curan bien sin operación y otras necesitan cirugía poco después de la lesión, por lo que una evaluación rápida es importante. Valoramos dónde se sitúa la fractura, si los fragmentos se han desplazado y qué necesita hacer con la mano en el trabajo y en el deporte. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare.

Si la fractura es estable o apenas se ha movido, un yeso o una férula suele ser la opción adecuada. Mantiene el hueso inmóvil mientras se suelda, y vamos comprobando la consolidación con nuevas pruebas de imagen. Las fracturas que se detectan dentro de los 6 meses posteriores a la lesión todavía pueden curarse solo con yeso,

incluso cuando el diagnóstico llegó tarde. Una vez soldado el hueso, un terapeuta de mano guía su vuelta al movimiento, etapa por etapa. Una advertencia basada en la evidencia: los antiinflamatorios en comprimidos tomados durante el primer mes se han relacionado con una mayor probabilidad de que el hueso no llegue a soldarse, por lo que hablaremos con usted de un alivio del dolor que no interfiera con la consolidación.

En algunas lesiones se recomienda la cirugía desde el principio, no como último recurso. Las fracturas cerca del extremo del hueso más próximo al antebrazo a menudo no llegan a soldarse con yeso, y operarlas consigue que se curen de forma mucho más fiable. Las fracturas en las que los fragmentos se han desplazado, o en las que el hueso es inestable, también se tratan con cirugía para que los fragmentos se mantengan en la posición correcta mientras se curan. Un pequeño tornillo mantiene el hueso inmóvil desde dentro, lo que permite a algunas personas dejar el yeso antes y volver al trabajo más rápido, unas 7 semanas antes de media. Para otras, la decisión es realmente compartida: una fractura estable puede curarse con yeso, pero eso supone más semanas con yeso y una vuelta al trabajo más lenta, y la cirugía conlleva sus propios riesgos, aunque pequeños. Valoramos juntos esas ventajas e inconvenientes.

Sea cual sea el camino que elija, las primeras semanas son parecidas. El alivio del dolor le mantiene cómodo mientras el hueso empieza a soldarse. Proteger la muñeca significa seguir de cerca el plan de inmovilización, porque el movimiento entre los fragmentos rotos es lo que impide la consolidación. La terapia de mano con Ruby Doolan en Extend Rehabilitation comienza en la etapa adecuada, cuando la consolidación es lo bastante segura. Ella dirige sus ejercicios y le hace cualquier férula que necesite. Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación con un especialista.

## Qué esperar

---

La consolidación depende de dónde se sitúa la fractura y de lo pronto que empiece el tratamiento. Las fracturas tratadas dentro de las 4 semanas posteriores a la lesión se sueldan de forma más fiable que las tratadas más tarde, y las fracturas tratadas más de 31 días después de la lesión tienen más probabilidad de no llegar a soldarse. Con yeso, el hueso se mantiene inmóvil mientras se forma hueso nuevo a través de la fractura. Con cirugía, un pequeño tornillo mantiene unidos los fragmentos desde dentro, y algunas personas dejan el yeso antes y vuelven al trabajo unas 7 semanas antes de media. En las fracturas estables que apenas se han movido, ambos caminos pueden llevar a una muñeca que funcione bien, y no se ha demostrado una ventaja a largo plazo de uno sobre el otro.

Las primeras semanas son muy parecidas en ambos casos. La muñeca está protegida, el dolor se calma poco a poco y usted evita cargar peso con la mano. A medida que el hueso se suelda, un terapeuta de mano guía su vuelta al movimiento y a la fuerza de agarre, etapa por etapa. La mayoría de las personas retoman las tareas diarias antes de volver a un trabajo pesado. El deporte llega en último lugar, una vez confirmada la consolidación y recuperada la fuerza. Si el hueso se suelda, prácticamente todas las muñecas acaban con un buen resultado, incluso si el hueso se consolida con una forma ligeramente alterada.

Lo principal que puede salir mal es una consolidación lenta o fallida, llamada “no-uniión”. Ocurre en más del 10% de las fracturas tratadas con cirugía, y es más probable cuando el tratamiento empieza tarde o cuando la fractura está cerca del extremo del hueso más próximo al antebrazo. Si el hueso no se suelda, la muñeca puede

desarrollar lentamente artritis por desgaste a lo largo de los años. Entre las personas cuyas fracturas sin soldar nunca se trataron, el 97% de las que se lesionaron hace cinco años o más habían desarrollado artritis. Una fractura ya curada también puede volver a romperse: en un caso documentado se volvió a fracturar en los 7 meses siguientes a la consolidación. La rigidez es frecuente mientras la muñeca está inmovilizada, y suele mejorar con terapia una vez que el hueso es firme.

Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación con un especialista. Si no puede contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

## ¿Cuándo consultar a un especialista?

---

Busque atención urgente si la muñeca está claramente deformada, si hay una herida abierta sobre la lesión o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azules. Una pérdida repentina de sensibilidad o de movimiento en la mano tras una lesión también requiere acudir al servicio de urgencias ese mismo día.

En la mayoría de las lesiones del escafoides el cuadro es más discreto, y precisamente ahí está la trampa. La muñeca puede seguir moviéndose y la hinchazón puede ser leve. Si el dolor no se calma, o si la hinchazón, el movimiento o la fuerza de agarre no mejoran semana a semana a medida que avanza la consolidación, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación con un especialista. Los síntomas que empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano también merecen una revisión adecuada. Si no puede contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

## En profundidad

---

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La fractura del escafoides merece una lectura adicional, ya que la ubicación exacta de la fractura a lo largo del hueso es más importante que casi cualquier otro factor; además, los argumentos a favor de la cirugía no son los que la mayoría de la gente supone.

### LA UBICACIÓN DE LA FRACTURA EN EL HUESO MULTIPLICA EL RIESGO POR SIETE

El escafoides recibe la mayor parte de su irrigación sanguínea a través de vasos que entran cerca de su extremo distal; por ello, la sangre fluye hacia atrás a lo largo del hueso, hacia el polo proximal. Una fractura en la zona de la cintura interrumpe dicha irrigación hacia todas las zonas situadas más allá de ese punto.

Esto tiene consecuencias cuantificables. Al combinar datos de distintos estudios, se observa que **el 34 % de las fracturas agudas del polo proximal del escafoides no logran consolidarse cuando se tratan de forma no quirúrgica**, y **el riesgo relativo de no consolidación en estas fracturas es 7,5 veces mayor** en comparación con fracturas más distales tratadas de igual manera [1].

Por este motivo, dos fracturas que parecen similares en las radiografías pueden requerir tratamientos completamente distintos. Una fractura distal, sometida a inmovilización con yeso, tiene grandes probabilidades

de curarse. En cambio, una fractura en el polo proximal tratada de idéntica forma no logra consolidarse en aproximadamente un tercio de los casos.

### LA CIRUGÍA REDUCE LA TASA DE NO UNIÓN, PERO NO MEJORA EL RESULTADO FINAL

En el caso de la frecuente fractura de la cintura del escafoides, comparar la cirugía con el tratamiento mediante escayola arroja resultados que merecen ser analizados con atención. La cirugía logró **reducir a la tercera parte la tasa de no unión**, aceleró el retorno a la funcionalidad y produjo, de forma transitoria, una mayor fuerza de prensión y amplitud de movimiento; sin embargo, se asoció con **más complicaciones**. No se observaron **diferencias significativas en cuanto al dolor, la sensibilidad al tacto, el costo ni el resultado funcional** [2].

En resumen, la intervención quirúrgica proporciona una unión ósea más fiable y una recuperación más rápida, pero conlleva riesgos de complicaciones; al final, ambos grupos terminan obteniendo resultados similares. Por ello, la decisión de someterse a cirugía depende de cuánto valore cada paciente una vía de recuperación más rápida y segura: un trabajador manual o un atleta valorarán esos meses de diferencia de manera distinta a alguien capaz de tolerar el uso de escayola.

### EL DIAGNÓSTICO ES EL PUNTO CLAVE PARA EVITAR LA MAYOR PARTE DE LOS DAÑOS

Dado que las fracturas del escafoides no diagnosticadas son las que terminan por no consolidarse, la vía diagnóstica resulta fundamental. **La sensibilidad a la palpación en la región anatómica del “snuffbox” fue el examen clínico más sensible, y la combinación de varios exámenes aumentó la probabilidad post-examen de presencia de fractura**, lo cual permite limitar la inmovilización innecesaria, las visitas hospitalarias y el uso de estudios de imagen [3].

Esta última parte es la más útil. La combinación de hallazgos clínicos no solo sirve para detectar fracturas; también ayuda a identificar a los pacientes que pueden dejar de usar el yeso sin riesgo. Por eso, una reevaluación estructurada merece la pena, incluso cuando la muñeca ya parece haber mejorado.

### EN CASO DE UNA NO-UNIÓN ÓSEA YA ESTABLECIDA, EL INJERTO MÁS COMPLEJO NO ES NECESARIAMENTE EL MEJOR

Cuando una fractura no logra unirse, el tratamiento estándar es el injerto óseo; intuitivamente, se considera superior el injerto vascularizado, es decir, aquel que conserva su propio suministro sanguíneo.

Sin embargo, la evidencia no respalda esta idea. Los datos actuales indican que **el injerto óseo vascularizado no produce resultados significativamente mejores que el injerto no vascularizado** en casos de no-unión del escafoides; no obstante, los autores señalan que un posible sesgo de selección reduce la certeza de estos resultados [4]. Las tasas de unión son similares: **84 % con injertos vascularizados y 80 % con injertos no vascularizados**, aunque existen grandes variaciones entre los estudios debido a factores como el paciente, la fractura, el tratamiento y el diseño del estudio [5].

Dado que el procedimiento de injerto vascularizado es más prolongado y técnicamente complejo, este resultado casi equivalente resulta relevante. El sesgo de selección aquí actúa en una dirección específica: los injertos vascularizados suelen emplearse en casos más difíciles, por lo que la comparación probablemente subestima sus beneficios. No obstante, no justifica considerarlos sistemáticamente como la mejor opción.

## REFERENCIAS

- [1] Eastley N, Singh H, Dias JJ, Taub N. Tasas de consolidación tras fracturas proximales del escafoides; metaanálisis y revisión de la evidencia disponible. J Hand Surg Eur Vol. 2012;38(8):888-97. <https://doi.org/10.1177/1753193412451424>
- [2] Symes TH, Stothard J. Revisión sistemática del tratamiento de las fracturas agudas del escafoides. J Hand Surg Eur Vol. 2011;36(9):802-10. <https://doi.org/10.1177/1753193411412151>
- [3] Mallee WH, Henny EP, van Dijk CN, Kamminga SP, van Enst WA, Kloen P. Evaluación diagnóstica clínica de las fracturas del escafoides: revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2014;39(9):1683-1691.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.06.004>
- [4] Duncumb JW, Robinson PG, Williamson TR, Murray IR, Campbell D, Molyneux SG, et al. Injerto óseo en la cirugía de no consolidación del escafoides: revisión sistemática y metaanálisis. Bone Joint J. 2022;104-B(5):549-58. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.104B5.BJJ-2021-1114.R1>
- [5] Ferguson DO, Shanbhag V, Hedley H, Reichert I, Lipscombe S, Davis TRC. No consolidación de fracturas del escafoides: revisión sistemática del tratamiento quirúrgico con injerto óseo. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(5):492-500. <https://doi.org/10.1177/1753193415604778>