

## FRACTURA DE ESTRÉS DE LA BASE DEL GANCHO DEL GANCHOSO EN JUGADOR DE PÁDEL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**OBJETIVOS:** Diagnosticar esta patología mediante la anamnesis y exploración clínica, los estudios radiológicos simples, el TAC y/o la RM, y exponer su tratamiento en el caso que nos atañe, ya que conocer esta patología es importante por ser infrecuente, y su diagnóstico puede retrasarse en caso de no sospecharse.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El diagnóstico de las fracturas del ganchoso es difícil. Las proyecciones radiológicas no suelen ser suficientes para diagnosticarlas, y se suele requerir TAC y/o RM para su diagnóstico. Las fracturas aisladas de ganchoso son lesiones poco comunes, y constituyen entre el 2 y el 15% de las fracturas del carpo, según autores. Las más frecuentes son las fracturas del gancho, por delante de las fracturas del cuerpo. Mucho más infrecuentes son las fracturas de estrés, como la que nos ocupa.

**RESULTADOS:** Se comunica el caso de un paciente de 44 años, jugador habitual de pádel, que presentaba dolor en la vertiente cubital de la palma de la mano, de 3 meses de evolución. Su gran fuerza de prensión del mango de la raqueta estaba disminuída en la mano afecta de forma significativa, respecto a la mano contralateral. Fue diagnosticado mediante TAC (Fig. 1 y 2), siguiendo un tratamiento conservador durante 6 semanas, que concluyó en la curación de la lesión (Fig. 3 y 4).

**DISCUSIÓN:** El mecanismo de las lesiones del gancho del ganchoso puede ser directo o indirecto. El directo puede ser consecuencia de traumatismos repetidos durante la práctica de determinados deportes (golf, béisbol, tenis, pádel). El mecanismo indirecto se produce tras una fuerte contracción del flexor carpi ulnaris con avulsión del gancho transmitida a través del ligamento pisoganchoso. El diagnóstico es difícil porque el paciente presenta un dolor vago localizado en la eminencia hipotenar. Las pruebas de TAC y RM son necesarias para el diagnóstico de esta patología. El tratamiento conservador mediante inmovilización, con posterior reeducación de la aprehensión de la raqueta son fundamentales para evitar la curación y recidiva de esta patología.



Fig. 1 y 2, fractura de estrés

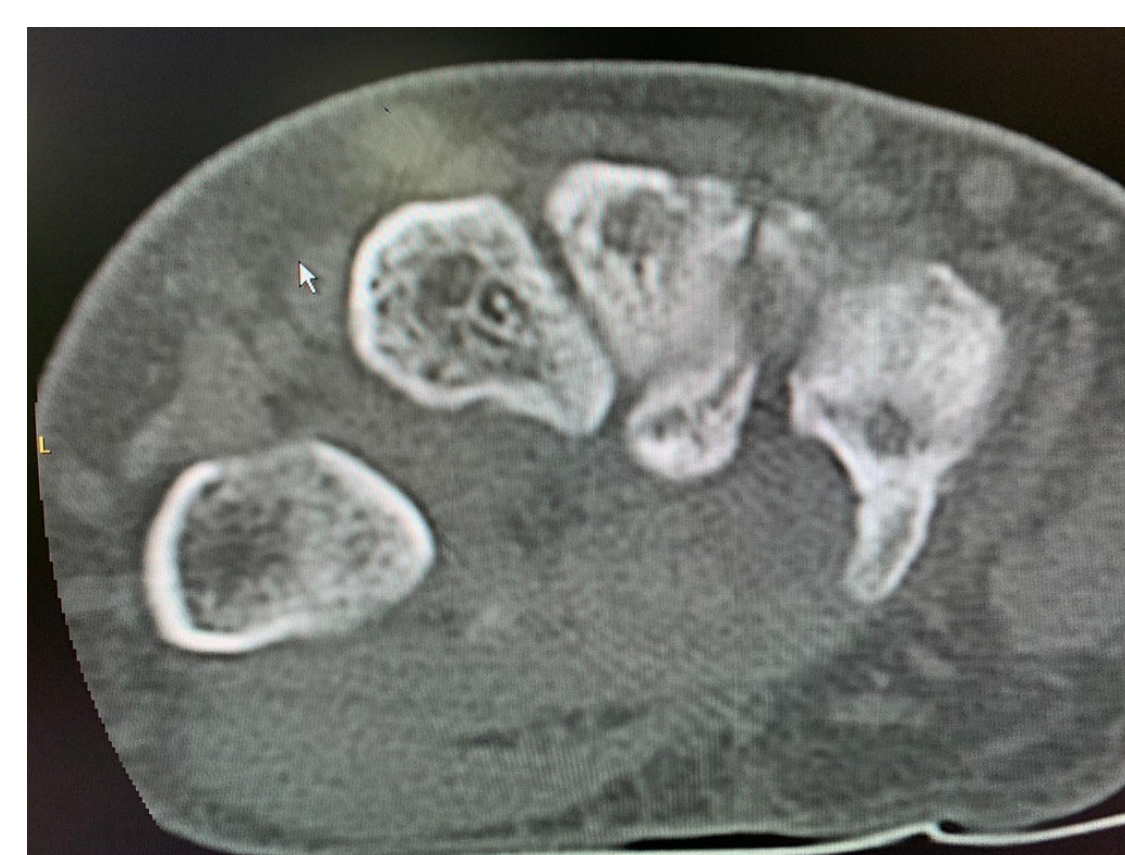


Fig. 3 y 4, fractura consolidada

## BIBLIOGRAFÍA

1. McInnis KC, Ramey LN. High-Risk Stress Fractures: Diagnosis and Management. PM R. 2016 Mar;8(3 Suppl):S113-24. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.09.019. PMID: 26972260.
2. Matcuk GR Jr, Mahanty SR, Skalski MR, Patel DB, White EA, Gottsegen CJ. Stress fractures: pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options. Emerg Radiol. 2016 Aug;23(4):365-75. doi: 10.1007/s10140-016-1390-5. Epub 2016 Mar 22. PMID: 27002328.