

Pseudotumor de pisiforme

A propósito de 1 caso

C. FERNANDEZ GUTIÉRREZ, S. ANTUÑA ANTUÑA, D. NUÑEZ BATALLA,
A. DE LA VEGA FERNANDEZ-REGALILLO y J. PAZ JIMENES

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología I. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Resumen.—Se presenta 1 caso de pseudotumor del pisiforme con dolor crónico en eminencia hipotenar y compresión del nervio cubital en un varón de 33 años. El diagnóstico histológico definitivo fue de callo hipertrófico con degeneración cartilaginosa focal del hueso pisiforme. Se presupone el origen laboral de la lesión, secundaria a microtraumatismos repetidos por martillo neumático. Se practicó exéresis simple del hueso, con un resultado excelente a los 6 meses. Los autores piensan que el tratamiento de elección hubiera sido la inmovilización precoz al comienzo de la sintomatología.

PSEUDOTUMOR OF THE PISIFORM BONE

Summary.—A case of pseudotumor of the pisiform with chronic pain in the hypothenar eminence and compression neuropathy of the ulnar nerve in Guyon's canal in a 33 year old man is reported. Pathologic diagnosis was consistent with hypertrophic fracture callus and focal degenerative changes in the articular surface of the pisiform. Repetitive minor trauma in his job as a miner, while using pneumatic hammer is presumed to be the main etiologic factor. Simple excision of the pisiform was performed with excellent functional result at 6 months. The authors believe that early immobilization when the symptoms started, would have been the ideal treatment.

INTRODUCCIÓN

El pisiforme es un hueso irregularmente redondeado, con una carilla articular posterior, que forma una articulación condílea con la cara anterior del piramidal (1). Aunque durante años fue considerado como un simple sesamoideo del músculo cubital anterior, hoy día se le considera como un componente más del complejo articular de la muñeca (2).

Es escasa la patología publicada sobre este hueso, siendo las fracturas la causa más frecuente, suponiendo aproximadamente el 1% de las fracturas carpianas (3-9), seguido de las osteoartrosis pisi-piramidales, bien primarias o secundarias a fracturas (10, 11). También se describen fusiones congénitas pisiunciformes (12) y diferentes anomalías musculoligamentosas que afectan a este hueso (13, 14).

Correspondencia:

Dr. CESAR FERNANDEZ GUTIÉRREZ
Lorenzo Abruñedo, 40, 2.º A
33012 Oviedo

En este trabajo se presenta 1 caso de pseudotumor del pisiforme de etiología laboral, con dolor crónico y persistente en la eminencia hipotenar, así como compresión del nervio cubital en el canal de Guyón.

CASO CLÍNICO

Varón de 33 años de edad que refiere dolor a la palpación de la eminencia hipotenar de la mano derecha de 3 años de evolución; el dolor se agudiza con la dorsiflexión e inclinación cubital de la muñeca, siendo persistente, aunque cede parcialmente con el reposo. Asimismo y desde hace 1 año presenta parestesias en la cara palmar del 4.º v 5.º dedos que se incrementan con la actividad manual y lo despiertan ocasionalmente por las noches. En las radiografías realizadas 2 años antes de ser visto por nosotros no se apreció patología ósea. Fue tratado con AINES y reposo relativo de la mano por su médico de empresa, con mejoría relativa y sin abandonar su trabajo habitual, barrenista de minas de carbón, en el que utiliza el martillo neumático para realizar orificios en la piedra. No recuerda antecedente traumático agudo como causa inicial del dolor.

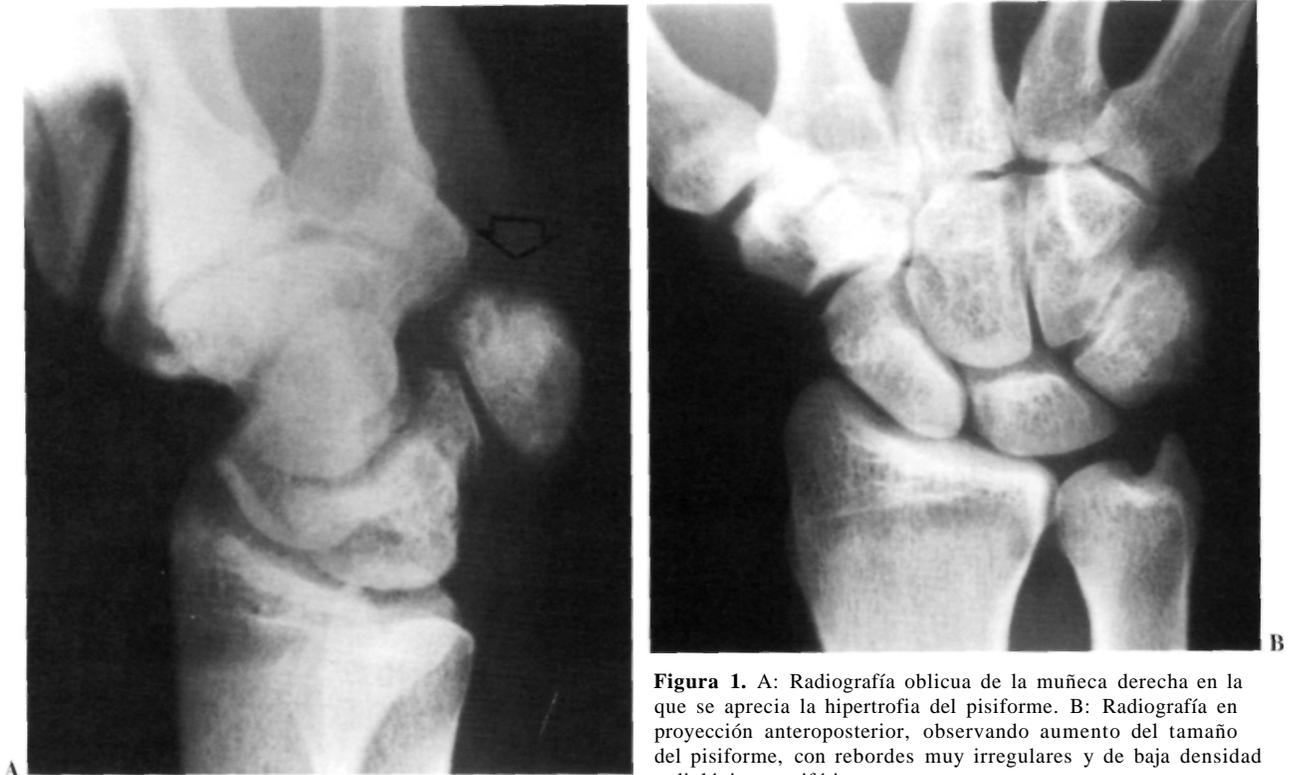


Figura 1. A: Radiografía oblicua de la muñeca derecha en la que se aprecia la hipertrofia del pisiforme. B: Radiografía en proyección anteroposterior, observando aumento del tamaño del pisiforme, con rebordes muy irregulares y de baja densidad radiológica periférica.

En la exploración no se objetivan alteraciones en la función de la muñeca ni de la mano. No existen atroñas de interóseos ni de músculos de la eminencia hipotenar. Se palpa un aumento del tamaño del pisiforme, con escasa movilidad del mismo. Presenta dificultad para discriminar la sensibilidad entre 2 puntos en el territorio del nervio cubital.

En el estudio radiográfico simple se pone de manifiesto un hueso pisiforme con aumento importante de su tamaño, de menor densidad radiológica periférica y con borde anterior muy irregular (Fig. 1 A y B). En la resonancia magnética (RM) se confirma la hipertrofia del pisiforme, así como la compresión por el mismo del nervio cubital, no descartando tumoración maligna, aunque no infiltra partes blandas (Fig. 2 A y B).

Electromiográficamente se objetiva denervación moderada del nervio cubital por compresión en el canal de Guyón.

Se procedió a la extirpación simple del pisiforme, respetando la continuidad del tendón del cubital anterior con el aproximador del meñique, reforzando esta unión 2 puntos de hilo reabsorbible. Se comprobó una compresión moderada del nervio cubital a la entrada del canal de Guyón, así como indemnidad del cartílago articular del piramidal.

Se inmovilizó la muñeca con un vendaje compresivo durante 3 semanas; posteriormente se inician los ejercicios de flexoextensión activa limitada de la muñeca. A las 6 semanas se permitió movilidad completa y realización

de esfuerzos con aumento progresivo de su intensidad. A los 2 meses se reincorporó a su puesto de trabajo y a los 6 meses no presentó ninguna molestia ni limitación funcional de la muñeca ni dedos. Desde el día siguiente de la intervención no presentó clínica irritativa del nervio cubital.

En cuanto a la anatomía patológica macroscópicamente se apreció un hueso duro, de borde anterior muy irregular, con forma ovoide de 28 x 30 mm. La carilla articular presenta una zona central de 5 x 4 mm. con cartílago normal, presentando alrededor una corona de múltiples microfragmentos cartilaginosos aislados (Fig. 3). Microscópicamente se informa como un callo de fractura hipertrófico con degeneración focal cartilaginosa (Fig. 4).

DISCUSIÓN

Está claro que el mecanismo más frecuentemente implicado en la producción de fracturas del pisiforme es el traumatismo directo sobre la base de la eminencia hipotenar (2-4, 6-8, 15).

Estamos de acuerdo con Dobyns (16) en que dicha eminencia es el punto de contacto más usado entre la mano y las superficies de apoyo durante las actividades que requieren la función digital; así, el golpeteo del martillo neumático que utilizó nuestro paciente para realizar su trabajo habitual pudo condicionar microtraumatismos repetidos sobre el

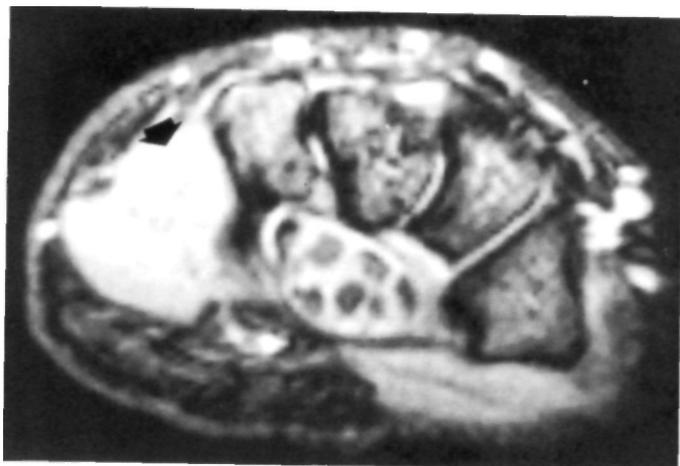
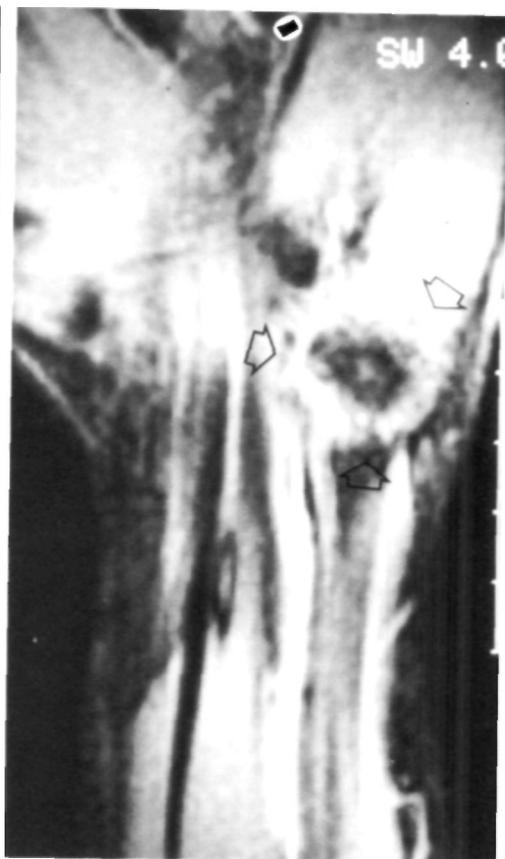


Figura 2. A y B: Resonancia nuclear magnética de la muñeca derecha. Observamos la hipertrofia del pisiforme, ocupando parte del canal de Guyón.



B

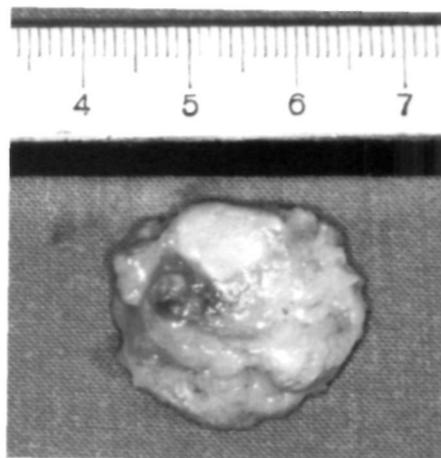
pisiforme, siendo causantes de microfracturas marginales en todo el perímetro del hueso, afectando incluso a la carilla articular en forma de anillo. Por falta de un tratamiento adecuado inicialmente (11, 17) y por la persistencia de los microtraumatismos en las diferentes fases de la reparación ósea el hueso se fue hipertrofiando, causando dolor local persistente, así como compresión del nervio cubital.

Es curiosa la ausencia de afectación de la carilla articular del piramidal en nuestro paciente.

Coincidimos con la mayoría de los autores en la dificultad de diagnosticar las lesiones en este hueso, tanto clínica como radiológicamente (2, 5, 9, 11). Se deben realizar radiografías simples en proyección dorsopalmar, lateral, oblicuas y en túnel. No obstante, el método diagnóstico de elección pensa-

lesiones sobre el propio hueso, sino también de su repercusión sobre las estructuras adyacentes, sobre todo en el canal de Guyón (14). De igual modo consideramos fundamental la forma de presentación del proceso y su posterior evolución para el diagnóstico correcto (6).

En cuanto al tratamiento, nosotros resecamos el pisiforme conservando la continuidad del tendón



B

Figura 3 A y B. Imagen del hueso pisiforme hipertrofiado tras su resección.

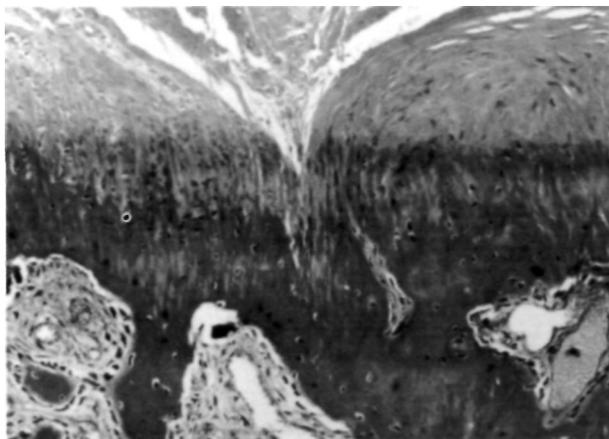


Figura 4. Imagen microscópica en la que se aprecia un callo de fractura hipertrófico con degeneración focal cartilaginosa.

del flexor carpi ulnari con el fin de evitar pérdidas funcionales (2, 6); el resultado a los 6 meses es excelente, habiéndose incorporado 4 meses antes a su puesto habitual sin dolor ni pérdida funcional alguna. No obstante, existen controversias en cuanto a los buenos resultados con la extirpación simple, desde aquellos que publican resultados excelentes (2, 12) a los que los encuentran insatisfactorios, sobre todo si existe una tendinitis concomitante del cubital anterior (11). No es aconsejable la artrodesis (13). Creemos que el tratamiento de elección en nuestro caso hubiera sido la inmovilización precoz durante 4-6 semanas durante el primer episodio de dolor (2, 3, 18), evitándose así posiblemente la hipertrofia posterior del hueso, que nos obligó a su resección.

Bibliografía

1. Rouvière H, Delmas A. Anatomía descriptiva del miembro superior. En: Anatomía humana. Descriptiva, topográfica y funcional (9ª. éd.). Barcelona. Masson. S. A., 1987; 3-254.
2. Allien Y, Benichov M, Touchais S. Fractures des os du carpe. *Encycl Méd Chir. Appareil Locomoteur*. Paris. 1988: 14046 B -4.
3. Arenas AP, Iglesias JM, Miguélez RL. Fracturas del pisiforme. Presentación de 2 casos. *Rev Ortop Traum* 1994; 38IB: 62-5.
4. Bryan RS, Dobyns JH. Fractures of the carpal bones other than lunate and navicular. *Clin Orthop* 1980; 149: 107-11.
5. Cavlak Y. Fracture of the pisiform bone. *Aktuel Traumatol* 1994; 24: 68-9.
6. Fleege HA, Jebson PJ, Remfrew DL, Steyers CM, el-Khoury GY. Pisiform fractures. *Akeletal Radial* 1991; 20: 169-72.
7. Georgoulis A, Hertel P, Lais E. Fracture and dislocation fracture of the os pisiforme. *Unfallchirurg* 1991; 94: 182-5.
8. Razemon JP. Fractures des os du carpe a l'exception des fractures du scaphoide carpien. En: Razeman JP, Fisk GR (eds.). *Le poignet*. París. Expansion Scientifique Française, 1983; 136-41.
9. Vaquero FJ. Consideraciones sobre 1 caso de fractura aislada del pisiforme. *Rev Ortop Traum* 1981; 25IB: 331-6.
10. Belliapa PP, Burke FD. Excision of the pisiform in piso-triquetral osteoarthritis. *J Hand Surg* 1992; 17B: 133-6.
11. Nuesch B, Sennwald G, Segmuller G. Extirpation of the pisiform bone: Indications and results. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1993; 25: 42-5.
12. Ganos DL, Imbriglia JE. Syntomatic congenital coalition of the pisiform and hamate. *J Hand Surg* 1991; 16A: 646-50.
13. Dumontier C, Apoil A, Meininger T, Monet J, Augerau B. Compression of the deep branch of the ulnar nerve as it exists the pisiform-unciform hiatus: Report of an anomaly not yet described. *Ann Chir Main Hamb Super* 1991; 10: 337-41.
14. Zeiss J, Jakab E, Khimji T, Imbriglia J. The ulnar tunnel at the wrist (Guyon's canal): Normal anatomy and variants. *AJR Am J Roentgenal* 1992; 158: 1081-5.
15. McCarty V, Farber H. Isolated fracture of pisiform bone. Report of a case. *J Bone Joint Surg* 1946; 28: 390-3.
16. Dobyns JH, Beckenbaugh RD, Bryan RS, Cooney WP, Lincheid RL, Wood HD. Fracturas de la mano y de la muñeca. En: Flynn JE (éd.). *Cirugía de la mano*. Barcelona. Ediciones Toray, S. A., 1984; 111-84.
17. Vasilar A, Grieco RV, Bartone NF. Roentgen aspects of injuries to the pisiform bone and pisotriquetral joint. *J Bone Joint Surg* 1960; 42A: 137-23.
18. McRae R. La muñeca y la mano. En: McRae R (éd.). *Tratamiento práctico de las fracturas* (1.ª ed.). México. Editorial Intamericana, 1987; 139-72.