

Signo de Terry Thomas, un hallazgo que pasa desapercibido en atención primaria de salud

Signs of Terry Thomas, a finding that goes unnoticed in primary health care

Xavier Palomeque Salazar

Especialista en Traumatología y Ortopedia,
Hospital General del Norte de Guayaquil Los
Ceibos, xavierpalomeque@gmail.com,
<https://orcid.org/0000-0002-3603-0442>

George Rodrigo Ordoñez Matamoros

Especialista en Traumatología y Ortopedia,
Hospital General del Norte de Guayaquil Los
Ceibos, drordonez@gmail.com,
<https://orcid.org/0000-0002-5553-2624>

Wilber Eduardo Solís Zambrano

Médico general, Hospital Sagrada Corazón de
Jesús, edusolis3@hotmail.com,
<https://orcid.org/0000-0002-1729-9489>

José Alejandro Romero Jimenéz

Médico general, Centro de Especialidades
Letamendi, jaromerozs5@gmail.com,
<https://orcid.org/0000-0002-9347-578X>

Guayaquil - Ecuador
<http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
Journal of American health
Julio - Diciembre vol. 4. Num. 2 - 2021
89-94

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

RECIBIDO: 07 DE JULIO 2020
ACEPTADO: 24 DE FEBRERO 2021
PUBLICADO: 4 DE JULIO



Scan this QR
code with your
smart phone or
mobile device to
read more papers

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar los aspectos teóricos del signo de Terry Thomas, con la finalidad proporcionar las herramientas y claves diagnósticas para la identificación oportuna de la disociación escafosemilunar. Se seleccionó literatura científica relevante con un enfoque en el manejo quirúrgico, de un total de 18 artículos desde enero del 2010 a diciembre del 2020, se excluyeron los estudios de ensayos clínicos y metaanálisis, quedando para el análisis 10 artículos. De esta forma se proporciona una actualización de este hallazgo radiográfico para ampliar los conocimientos y mejorar la calidad de atención.

Palabras clave: signo de Terry Thomas, disociación escafolunar, espacio escafosemilunar.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the theoretical aspects of the Terry Thomas sign, in order to provide the tools and diagnostic keys for the timely identification of scapholunate dissociation. Relevant scientific literature was selected with a focus on surgical management, from a total of 18 articles from January 2010 to December 2020, studies of clinical trials and meta-analyses were excluded, leaving 10 articles for analysis. This provides an update on this radiographic finding to expand knowledge and improve quality of care.

Key words: Terry Thomas sign, scapholunate dissociation, scapholunate space.

INTRODUCCIÓN

El signo de Terry-Thomas es un signo radiológico que se evidencia en las radiografías simples de muñeca, típico de disociación escafosemilunar o subluxación rotatoria del escafoides. Radiográficamente hay un aumento de la separación del espacio entre el escafoides y el semilunar mayor a 2 mm (espacio escafosemilunar [EL]) (1). Se da en alusión al actor y comediante británico Terry Thomas, que tenía sus dientes incisivos muy separados. Si bien el signo esta descripto originalmente en la radiografía en proyección anteroposterior, es también visible en cortes de resonancia magnética (2).

Las radiografías posteroanterior y lateral son las posiciones utilizadas de rutina inicialmente en el estudio de la muñeca. Una separación que supere los 2mm en el espacio EL en una proyección anteroposterior de muñeca es considerada patológica y se hace más evidente en la desviación cubital. A veces se asocia al signo del anillo de sello, que se produce por la visión de frente de la cortical distal del escafoides luxado (1,2). Cuando la separación es superior a los 4 mm, el diagnóstico es confirmatorio y cuando la separación es intermedia entre los 2 y 4 mm puede o no existir lesión. El signo de Terry-Thomas es utilizado por lo general en radiografía convencional, pero también puede observarse en estudios de resonancia magnética. El signo también se lo conoce como signo de David Letterman o Laurie Hutton (3).

La disociación escafolunar (DEL) es parte de un espectro de inestabilidades traumáticas del hueso del carpo y se define como la ruptura del complejo ligamentoso que mantiene unidos el escafoides y el semilunar. El complejo del ligamento SL consta de los componentes volar, dorsal e intermedio, siendo el componente dorsal el estabilizador principal y más fuerte de la articulación DEL (1). La disociación de SL a menudo resulta de la rotura del ligamento interóseo SL después de una extensión enérgica de la muñeca, lo que permite el ensanchamiento de la articulación escafolunar (EL) (3). Estas lesiones ocurren típicamente en el contexto de una muñeca hiperextendida que está en desviación cubital después de una caída con la mano extendida, pero también se ha observado que ocurren en el contexto de paresia espástica, artritis reumatoide y laxitud congénita del ligamento.

Aproximadamente el 5% de todos los esguinces de muñeca tienen un desgarro SL asociado, y las lesiones del ligamento SL a menudo se asocian con fractura del radio distal (40% de los casos en promedio), en particular fracturas de la estiloides radial. La última etapa de la inestabilidad del ligamento SL, con diástasis completa del complejo del ligamento SL, incluye inestabilidad segmentaria intercalada dorsal y luxación perilunada, que requiere una reducción emergente (4).

El examen físico de los pacientes con disociación EL revela hinchazón de la muñeca, sensibilidad puntual en el intervalo SL dorsal y dolor con la extensión de la muñeca y la desviación radial (4). En las lesiones agudas, la muñeca a menudo se coloca en extensión, y hay desviación cubital y supinación carpiana. Se puede sentir un "chasquido" palpable durante la prueba de cambio de Watson (cuando se elimina la contrapresión volar sobre el tubérculo escafoides con un movimiento de la muñeca desde la desviación cubital hasta la radial) (5).

Las lesiones del ligamento escafolunar son la causa más frecuente de inestabilidad carpiana. Por lo tanto, si no se diagnostica una lesión escafolunar, puede resultar en una disfunción grave de la muñeca. Esta revisión describe la anatomía y la cinemática de la muñeca con un ligamento escafolunar intacto y roto., además de la visión radiológica de la patología y los principales hallazgos asociados que deben ser considerados en una imagen radiográfica. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión completa de la literatura actual sobre el signo de Terry Thomas en la atención primaria de salud y proponer un algoritmo clínico que ayude a guiar el diagnóstico y el tratamiento, con lo cual se pretende aumentar la conciencia clínica para mejorar la detección y el tratamiento temprano de este diagnóstico a veces difícil de alcanzar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se emplearon motores de búsqueda de información científica como PubMed y Scielo, Scopus, Google Scholar para identificar y seleccionar artículos científicos de los últimos 10 años previos a esta publicación y otros de relevancia como precedentes de este trabajo. Se incluyeron estudios de revisión narrativa o sistemática sobre signo de Terry Thomas, disociación escafolunar, escritos en idioma inglés o español. Se excluyeron los artículos sobre cartas a los editor y memorias de congresos. Se proyectó un total de 20 artículos, de los cuales se seleccionaron 15 investigaciones completas. De estos, 3 artículos no eran elegibles, ya que no contenían descripción evaluación diagnóstica, especialmente radiográfica, por lo tanto, se excluyeron. Se utilizaron descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), combinados con marcadores interboleanos para reducir la búsqueda e identificar adecuadamente los artículos relacionados al tema de estudio.

RESULTADOS

Las imágenes en radiografías posteroanteriores estándar pueden revelar un aumento de la brecha interósea EL de 5 mm o más. El espacio normal es de 2 mm o menos. El espacio EL puede acentuarse por una desviación cubital de la muñeca en 20 grados en la vista posteroanterior o por una vista en posición anteroposterior de puño cerrado (espacio EL < 3 mm), y ha sido apodado el "signo de Terry Thomas", en referencia al espacio entre los dientes frontales del comediante británico (1,2,3,4). El signo del anillo de sello (resultado del movimiento rotatorio

del escafoides y el reposicionamiento de su polo distal en una posición palmar) también puede verse en la radiografía posteroanterior en casos de disociación de EL, pero también puede estar presente en personas normales y debe evaluarse a la luz de los hallazgos clínicos. El espacio escafolunar se mide desde la mitad de la faceta medial plana del escafoides hasta el semilunar. Un espacio SL asimétrico mayor de 5 mm es diagnóstico de disociación EL (5,6).

Figura 1. Signo de Terry Thomas en radiografía anteroposterior



Fuente: Stevenson M, Levis J. Image Diagnosis: Scapholunate Dissociation. Perm J. Vol.23:18-237. doi:10.7812/TPP/18-237. 2019.

DISCUSIÓN

La lesión del ligamento SL con frecuencia se pasa por alto o se descarta como un esguince. Por lo tanto, puede presentarse tardíamente con dolor crónico y más cambios degenerativos. Si las radiografías iniciales no son notables, lo que suele ser el caso, se deben utilizar películas dinámicas, de carga o de tracción (1). Son útiles una radiografía anteroposterior de puño cerrado más las proyecciones de desviación radial y cubital. La artrografía, la resonancia magnética y la ecografía del ligamento SL son herramientas de diagnóstico importantes. La artroscopia de muñeca es la mejor opción; El ligamento EL y la articulación SL se pueden evaluar directamente a través de los portales radiocarpiano y mediocarpiano. Geissler et al utilizaron la artroscopia para demostrar que el 31% de las fracturas del radio distal estaban asociadas con una lesión aguda del EL (7).

Con la presentación tardía de una lesión de EL, el paciente se queja de dolor, rigidez y debilidad del agarre. El examen físico generalmente revela edema, dolor a la palpación sobre la articulación EL y una prueba de desplazamiento de Watson (escafoides) positiva: con el pulgar manteniendo una presión constante sobre el tubérculo del escafoides, la muñeca se lleva de la desviación cubital a la radial (8,9,19). Con un desgarro del ligamento EL, esta maniobra conduce a la subluxación dorsal del escafoides, de modo que la liberación del escafoides da como resultado un chasquido o chasquido doloroso que se puede sentir dorsalmente sobre la articulación EL.

CONCLUSIONES

La inestabilidad escafolunar es causada por un desgarro en los ligamentos interóseos del semilunar, el escafoides y el hueso capitado con un desgarro en los ligamentos radiocarpianos dorsales por lesión o fracturas agudas de la dorsifusión. del radio distal. Se diagnostica con la identificación radiográfica del signo de Terry Thomas en las proyecciones anteroposteriores de muñeca mediante la visualización de un espacio o separación entre el escafoides y los huesos semilunares mayor o igual a 4 mm.

La correcta evaluación de las proyecciones radiográficas de la muñeca en las salas de emergencias y en los puestos de atención primaria de salud es imprescindible. Tener acceso a la información científica adecuada es de vital importancia en el momento de la toma de decisiones y dar de alta un paciente. Por lo tanto, el conocimiento de la anatomía radiológica y del conocimiento de los parámetros radiológicos básicos de la muñeca ayudan a minimizar la inobservancia de los signos típicos de disociación escafosemilunar del carpo.

REFERENCIAS

1. Stevenson M, Levis J. Image Diagnosis: Scapholunate Dissociation. Perm J. Vol.23:18-237. doi:10.7812/TPP/18-237. 2019.
2. Tomas A. Scapholunate Dissociation. J Orthop Sports Phys Ther. Vol.48(3):225. doi: 10.2519/jospt.2018.7774. 2018.

3. Prommersberger KJ, Mühldorfer-Fodor M. Die skapholunäre Bandverletzung [Scapholunate lesions]. Unfallchirurg. Vol.117(8):723-37; quiz 738-9. German. doi: 10.1007/s00113-014-2621-4. 2014.
4. Larrañaga V. Signo de Terry-Thomas. Rev Arg Radiol. Vol.75(2):131-132. 2011.
5. Geissler W, Freeland A, Savoie F, McIntyre L. Intercarpal soft-tissue lesions associated with an intra-articular fracture of the distal end of the radius. J Bone Joint Surg [Am]. Vol.78:357-65. 1996.
6. Chang AL, Yu H, von Borstel D, Nozaki T. Advanced Imaging Techniques of the Wrist. AJR Am J Roentgenol. Vol.209(3):497-510. doi: 10.2214/AJR.17.18012. 2017.
7. Vergara-Amador E, Penagos R, Pinilla E. Evaluación radiológica de muñeca para visualizar la superficie articular del radio [Wrist X ray for analysis of the articular surface of distal radius]. Acta Ortop Mex. Vol.30(5):246-250. 2016.
8. Bhat AK, Kumar B, Acharya A. Radiographic imaging of the wrist. Indian J Plast Surg. Vol.44(2):186-96. doi: 10.4103/0970-0358.85339. 2011.
9. Ramponi D MT. Scapholunate Dissociation. Adv Emerg Nurs J. Vol.38(1):10-4. doi: 10.1097/TME.0000000000000094. 2016.
10. Langner I, Fischer S, Eisenschenk A, Langner S. Cine MRI: a new approach to the diagnosis of scapholunate dissociation. Skeletal Radiol. Vol.44(8):1103-10. doi: 10.1007/s00256-015-2126-4. 2015.