

Tratamiento de una fractura-luxación crónica de la articulación metacarpofalángica del dedo anular

I. GARRIDO SANTA MARÍA⁽¹⁾, J. M^a PÉREZ GARCÍA⁽²⁾, S. HAMAN ALCOCER⁽¹⁾,
A. HERRERA RODRÍGUEZ⁽³⁾

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA. SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

(1) MÉDICO RESIDENTE

(2) MÉDICO ADJUNTO. PROFESOR ASOCIADO. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

(3) JEFE DE SERVICIO. PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Correspondencia:

Dr. Isaías Garrido Santa María
Plaza Santo Domingo, 10, Bajo B.
50003 Zaragoza
e-mail: isaiasgarrido@terra.es

Se presenta el tratamiento seguido y la evolución, en un paciente de 43 años, remitido a nuestra consulta para valoración del tratamiento de una fractura-luxación de la 4^a metacarpofalángica de la mano izquierda, de 2 meses de evolución, con rigidez dolorosa y deterioro articular.

En la primera intervención se realizó reducción de la luxación y reconstrucción articular, liberando las adherencias y siguiendo rehabilitación postoperatoria progresiva.

Aunque se consiguió una alineación de los ejes aceptable, no se obtuvo buen resultado, a pesar de manipulaciones bajo anestesia, para intentar ganar movilidad.

Diez meses más tarde, se realizó una artrolysis, incluyendo tenolisis, capsulotomía y liberación de los ligamentos colaterales.

Siguiendo tratamiento rehabilitador y tratamiento complementario con hialuronato, se consiguió una movilidad de 30° en la MCF, 90° en la IFP y 70° en la IFD, con un deterioro articular importante, en ausencia de dolor.

Se ha conseguido rescatar parcialmente las secuelas de una luxación crónica de 2 meses de evolución, con una función aceptable para el paciente,

We report a 43-year-old patient with a fracture-dislocation of the fourth metacarpophalangeal joint of left hand, with two months of evolution. The patient presented stiffness and articular impairment when he was sent to our consult.

In the first surgery, the dislocation reduction and removal of adhesions were performed, followed by progressive programme of rehabilitation.

We got an acceptable axis alignment, but the result was poor because it wasn't possible to get motion despite manipulations under anesthesia.

Ten months later we carried out arthrolysis including tenolysis, capsulotomy and liberation of collateral ligaments.

After rehabilitation and hyaluronic complementary treatment, the patient reached a motion of 30° in MCF, 90° IFP, and 70° in IFD, with an important articular impairment but painless.

In conclusion, it has been possible to decrease the sequels of a chronic dislocation, achieving an acceptable function and delaying the implant of an articular prosthesis which the patient didn't want.

An earlier initial diagnosis would have facilitated a better functional result.

demorando la colocación de una prótesis articular, que de momento no desea. Un diagnóstico inicial precoz habría facilitado un buen resultado funcional.

Palabras clave: fractura luxación, articulación metacarpofalángica, mano.

Key words: fractures luxation, metacarpophalangeal joint, hand.

Rev. Iberam. Cir. Mano – Vol. 35 • Núm. 2 • Noviembre 2007 (67-70)

INTRODUCCIÓN

La fractura-luxación de las articulaciones digitales constituye una lesión frecuente en la patología deportiva y laboral, cuyo diagnóstico y tratamiento tardío conducen a secuelas en la función y en la estética de la mano. En aquellos casos de larga evolución, la recuperación de la morfología articular y del rango de movilidad suele ser muy difícil y, en la mayor parte de las ocasiones, de resultados aleatorios. El enfoque del tratamiento precisa un conocimiento adecuado de la etiopatogenia¹ y de la anatomía^{2,3}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años remitido a consulta para valoración del tratamiento de una fractura luxación de la 4^a articulación metacarpofalángica (MCF) de la mano izquierda, de 2 meses de

evolución, con rigidez articular e incapacidad funcional importante. La **Figura 1** muestra la luxación y la fractura articular dorsal de la base de la falange proximal del 4^o dedo.

Se intervino quirúrgicamente, practicándose la reducción de la luxación, liberando las adherencias de la placa volar y de los ligamentos colaterales, y se redujo la fractura de la base de la falange, estabilizándose con una aguja rosada para pequeños fragmentos, consiguiéndose una buena alineación y reconstrucción articular (**Figura 2**), siguiendo los principios del tratamiento quirúrgico de las fracturas articulares de las falanges de los dedos².

En el postoperatorio, se inmovilizó en flexión de 45° para la MCF, y se pautó tratamiento rehabilitador progresivo, pasadas las 3 semanas de inmovilización, dada la importancia de la movilización precoz en este tipo de lesiones⁴, manteniendo la movilidad de forma precaria, por lo que se realizaron 3 manipulaciones con bloqueo anestésico, con un intervalo de cuatro

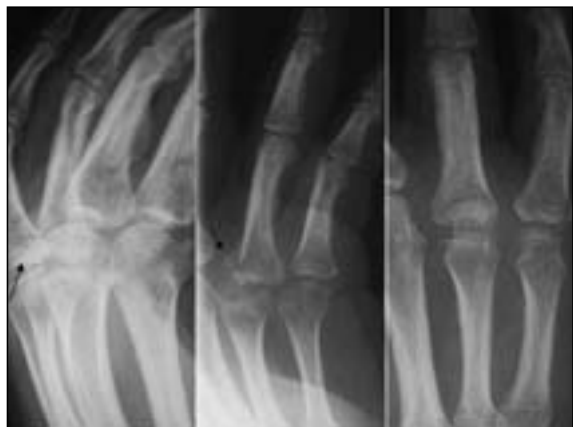


Figura 1: Luxación de la 4^a articulación metacarpofalángica de la mano izquierda, de 2 meses de evolución, y fractura articular dorsal de la base de la falange proximal del 4^o dedo.



Figura 2: Reducción de la luxación y de la fractura de la base de la falange, estabilizándose con una aguja rosada de pequeños fragmentos, consiguiendo una buena alineación y reconstrucción articular.



Figura 3: Evolución progresiva del deterioro articular a pesar de las infiltraciones articulares con hialuronato.

semanas la segunda y dos semanas la tercera, en función de la pérdida de flexión, que inicialmente era completa, y que fue perdiendo de forma progresiva.

Por todo ello, se realizó una artrolisis quirúrgica, practicando tenólisis del tendón extensor y capsulotomía dorsal, consiguiendo la flexión completa pasiva de la articulación MCF⁵. Esta situación se mantuvo al comienzo, pero de nuevo y de forma progresiva, fue perdiendo movilidad, por lo que se decidió una nueva artrolisis más amplia, intentando no perder la estabilidad articular.

Para ello, además de la tenolisis del tendón extensor y la capsulotomía articular, se realizó la liberación proximal dorsal de los ligamentos colaterales, hasta conseguir la movilización intraoperatoria completa de la articulación^{5, 6}.

Después de seguir rehabilitación continuada, se consiguió una mejoría parcial de la movilidad, pero dolorosa. Además existía un deterioro articular importante, por lo que el tratamiento se completó con infiltraciones articulares de ácido hialurónico (Synvisc®). La técnica de infiltración es compleja y requiere control radiográfico⁷ y condiciones de asepsia rigurosa con el fin de evitar complicaciones. El hialuronato no frenó la evolución progresiva del deterioro articular (**Figura 3**), pero sí consiguió una adaptación funcional con dolor discreto o leve⁸.

A los 2 años de evolución, la movilidad era de 30° para la MCF; 90° en la IFP y 45° en la

IFD, extensión completa y con grave destrucción de ambas superficies articulares, proponiendo la posibilidad de una artroplastía total de sustitución, única forma de ganar movilidad⁹.

Sin embargo, aunque la limitación es importante, el rango de movilidad sin dolor le permite una función aceptable, con una reducción significativa del dolor según la escala analógica visual (EVA), rehusando el paciente la reintervención, de momento.

En la última revisión, la situación clínica no había variado, con una adaptación y función aceptables, por lo que se decide con el paciente, que cuando lo desee, se colocará la endoprótesis de la MCF.

DISCUSIÓN

Aunque la reconstrucción articular inicial fue buena y se siguió tratamiento rehabilitador precoz, no se obtuvo una buena movilidad. La calidad de las estructuras ostearticulares, inherentes al tiempo transcurrido desde la lesión, que pasó inadvertida, principalmente la fibrosis y la rigidez, ha sido un factor importante en la evolución inicial y posterior.

El paciente conseguía con ayuda la flexión completa, pero el dolor y la tumefacción iban reduciendo de forma progresiva el rango de movilidad. Pensamos, que la manipulación con bloqueo anestésico sería suficiente evitando la cirugía y aunque inicialmente pareció conseguirse, la movilidad se perdió con intervalos más cortos, decidiendo realizar la artrolisis quirúrgica.

A la vista del resultado de las artrolisis, el planteamiento quirúrgico fue erróneo, debiendo haber liberado los ligamentos colaterales en la primera intervención, aunque se hubiera conseguido la flexión solo con la tenolisis del extensor y la capsulotomía dorsal.

Por otra parte pensamos que el deterioro articular progresivo ha sido consecutivo a la desvascularización y denervación resultantes de las intervenciones, asociado al colapso por presión mecánica.

El ácido hialurónico intraarticular, no evitó la condrolisis y los cambios degenerativos de la articulación, pero sí redujo de forma notable

el dolor; de tal forma que a pesar de tener una flexión precaria (30°), la función resulta aceptable para el paciente, que de momento no desea la colocación de una endoprótesis articular

Haciendo balance, la otra opción podría haber sido la colocación de la endoprótesis inicialmente, aunque pensamos que primero debía recomponerse el eje y la articulación, como se hizo.

De todas formas, es un caso límite con mal pronóstico desde el comienzo, agravado por el tiempo transcurrido desde la lesión y su diagnóstico. Por ello, la enseñanza debería ser la importancia de realizar una buena exploración clínica y radiológica ante un traumatismo con el fin de evitar que lesiones graves pasen desapercibidas y empeoren el pronóstico de su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dap F. Esguinces y luxaciones digitales. En: Merle M, Dautel G, Loda G (Eds). *Mano Traumática. Urgencias*. Barcelona: Masson S.A, 1993: 33-44.
2. Merle M. Esguinces y luxaciones digitales. En: Merle M, Dautel G, Loda G (Eds). *Mano Traumática. Urgencias*. Barcelona: Masson S.A, 1993: 45-66.
3. Irisarri C, Haro JL. Rigideces postraumáticas de los dedos. En: Irisarri C (Ed). *Cirugía de la mano traumática*. Madrid: ENE Ediciones S.A., 1987: 235-45.
4. Tubiana R. La mobilisation précoce des fractures des metacarpiens et des phalanges. *Ann Chir Main*, 1983; 2: 293-7.
5. Merle M. Rigidez articular. En: Merle M, Dautel G, Loda G (Eds). *Mano Traumática. Urgencias*. Barcelona: Masson S.A, 1996: 115-29.
6. Tubiana R. Traitement des raiders des doigts. En : Tubiana R (Ed). *Traité de Chirurgie de la Main*, vol 2. Paris : Masson S.A., 1984 ; 2911-25.
7. Mandl LA, Hotchkiss RN, Adler RS, Ariola LA, Katz JN. Can the carpometacarpal joint be injected accurately in the office setting? Implications for therapy. *J Rheumatol*, 2006; 33: 1137-9.
8. Nunez SE, Draeger HT, Rivero DP et al. Reduced pain of intraarticular hyaluronate injection with the reciprocating procedure device. *J Clin. Rheumatol*, 2007; 13:16-9.
9. Dautel G, Merle M. Reconstrucción articular. En: Merle M, Dautel G, Loda G (Eds). *Mano Traumática. Urgencias*. Barcelona: Masson S.A, 1996: 12-29.