

Tenosinovitis, de origen vegetal, de los flexores de muñeca y dedos.

A propósito de un caso

S. ARLANDIS VILLARROYA⁽¹⁾, P. SÁNCHEZ GÓMEZ⁽²⁾, A. FUENTES DÍAZ⁽³⁾,
J. A. LOZANO REQUENA⁽⁴⁾

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA HOSPITAL VEGA BAJA (ORIHUELA)

⁽¹⁾MÉDICO ADJUNTO. UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA MANO

⁽²⁾MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE 5º AÑO

⁽³⁾JEFE CLÍNICO. UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA MANO

⁽⁴⁾JEFE DE SERVICIO CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Correspondencia:

Dr. Santiago Arlandis Villarroya
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Hospital Vega Baja
Ctra Orihuela-Almoradí, s/n
03314 Orihuela
e-mail: santiagoarlandis@yahoo.es

Introducción: Las tenosinovitis de origen vegetal son poco frecuentes. El grupo de edad más afectado son niños y adolescentes. La realización de una correcta historia clínica es fundamental para el diagnóstico del proceso. La mayoría producen una reacción aséptica de cuerpo extraño al material retenido. La ecografía y la resonancia magnética son de inestimable ayuda para la localización del cuerpo extraño, y la mayoría de los casos se solucionan adecuadamente con la intervención quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 17 años de edad que sufrió caída en el campo sobre su mano derecha, atendido en el Servicio de Urgencias por presentar herida volar en muñeca. A las 8 semanas de la lesión, el paciente fue remitido a la Unidad de Cirugía de la Mano del Hospital por presentar inflamación fría de muñeca y dificultad para la activación del pulgar. Se realizó resonancia magnética que identificó tumoración reactiva con cuerpos extraños en el seno de los flexores de muñeca y mano. Se intervino quirúrgicamente realizando exéresis de la reacción a cuerpo extraño con varios fragmentos de tallo de planta y sinovectomía. La recuperación fue completa.

Palabras clave: tenosinovitis vegetal, reacción a cuerpo extraño, hiperplasia sinovial difusa.

Introduction: Tenosynovitis of vegetal origin is uncommon. The age group more often affected are children and adolescents. Obtaining a correct clinical history is essential for the diagnosis of the process. In most cases a sterile foreign body reaction takes place. Ultrasound scan and MRI are invaluable in localizing the foreign body, and most cases are solved satisfactorily with surgical intervention.

Clinical case: A 17 year old male sustained a fall in the countryside onto his right hand and presented to the Emergency service with a wound on the volar aspect of the wrist. Eight weeks later the patient was referred to the Hand Surgery unit due to persistent cold inflammation and difficulty using his thumb. MRI scan was carried out and it identified reactive swelling with foreign bodies in the flexors of the wrist and hand. Surgical intervention was carried out to excise the foreign body reaction with several fragments of the stem of a plant, and synovectomy. There was a complete recovery.

Key words: vegetal tenosynovitis, foreign body reaction, diffuse synovial hyperplasia.

INTRODUCCIÓN

Las tenosinovitis de los flexores de muñeca y dedos, infecciosas o supurativas, son una patología frecuente tras heridas o inoculaciones. La clínica es habitualmente florida, y los gérmenes implicados son, usualmente, saprofitos de la piel. Las sinovitis por inoculación vegetal son mucho menos frecuentes, y se comportan clínicamente de forma más larvada, siendo, en no pocas ocasiones, asépticas. Presentamos un caso de tenosinovitis de los tendones flexores de muñeca y dedos, a nivel de la muñeca, de origen vegetal, con interesante iconografía, y una revisión bibliográfica de este tipo de patología.

CASO CLÍNICO

Varón de 17 años de edad que sufrió una caída en el campo sobre su mano derecha, atendido en el Servicio de Urgencias por presentar herida volar de 5 mm. de longitud en la muñeca, radial al tendón del músculo *palmaris longus*. La exploración funcional y neurovascular de la mano fue normal. Se realizó estudio radiológico en el que no se identificaban lesiones óseas, o alteración de señal en partes blandas, y se le dio de alta tras una cura local con lavado y sutura de la herida.

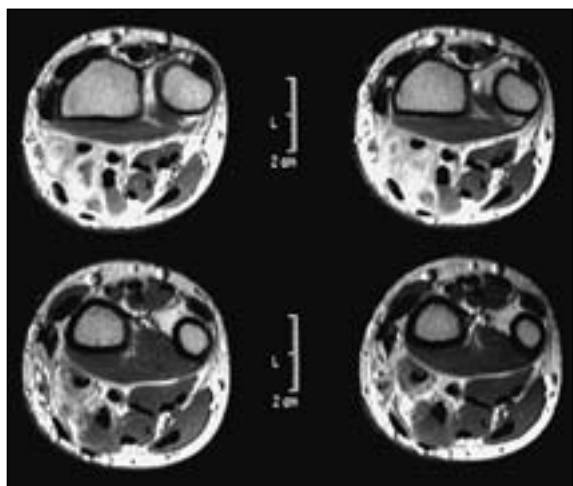


Figura 1. Imagen de resonancia en cortes transversales donde se aprecia tumoración en el seno de los flexores de muñeca y mano, profunda con respecto a los tendones de los músculos *flexor carpi radialis* y *palmaris longus*.

El paciente acudió, en dos ocasiones más, a Urgencias en las dos semanas siguientes a la caída, por presentar febrícula, inflamación moderada y ligera supuración de la herida. Se trató mediante curas locales de la herida y prescribiéndose antibioterapia por vía oral, hasta la remisión de los síntomas, y se remitió al paciente a revisión por su médico de cabecera.

A las 8 semanas de la lesión, el paciente fue enviado, para valoración, a la Unidad de Cirugía de la Mano del Hospital, por presentar tumefacción fría de la muñeca, y moderada dificultad para la flexión de muñeca y del pulgar. Se realizó una resonancia magnética (RM) que identificó la presencia de una tumoración reactiva, con cuerpos extraños en su interior, en el seno de los flexores de muñeca, profunda con respecto a los tendones de los músculos *flexor carpi radialis* y *palmaris longus*, y englobando al tendón del músculo *flexor pollicis longus* (Figuras 1 y 2).

Se intervino al paciente quirúrgicamente realizando exéresis del tejido reactivo a cuerpo extraño, encontrándose varios fragmentos de tallo de planta en su interior, y sinovectomía parcial de los tendones flexores de muñeca y de-

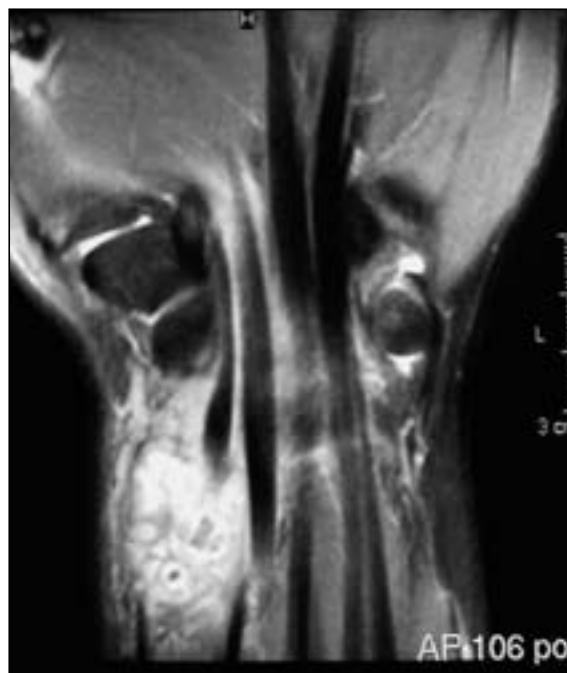


Figura 2. Imagen de resonancia magnética en cortes frontales, donde se pueden apreciar la presencia de cuerpos extraños, que pueden identificarse como tallos de planta tras una correcta historia clínica.



Figura 3. Imagen intraoperatoria del material vegetal retenido por debajo del tendón del músculo palmaris longus.

dos (**Figuras 3 y 4**). Los cultivos del material obtenido para bacterias, micobacterias y hongos, fueron negativos. La recuperación posterior del paciente fue completa.

DISCUSIÓN

Las tenosinovitis de origen vegetal son poco frecuentes, siendo las series encontradas en la bibliografía muy cortas. El grupo de edad más afectado son niños y adolescentes. Una correcta anamnesis al realizar la historia clínica es fundamental para el diagnóstico del proceso, pues las heridas tras caídas en el campo o jugando con palos o ramas debe ponernos sobre aviso¹.

En la mayor parte de las ocasiones se produce una reacción aséptica a cuerpo extraño, siendo negativas las muestras obtenidas para



Figura 4. Imagen intraoperatoria de la hiperplasia sinovial difusa que engloba al tendón del músculo flexor pollicis longus.

cultivo². Cuando se obtienen cultivos positivos el germen más frecuentemente implicado es de la familia *enterobacter*. Las reacciones granulomatosas a cuerpo extraño orgánico se acompañan habitualmente de una hiperplasia sinovial difusa, más importante que cuando el material retenido es de naturaleza inorgánica. En los casos más graves pueden producirse mono o poliartritis seronegativas reactivas³. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la sarcoidosis, tuberculosis e infecciones fúngicas.

La ecografía y la RM son de inestimable ayuda para el diagnóstico y la localización del cuerpo extraño⁴. La mayoría de los casos se solucionan adecuadamente con la intervención quirúrgica. La recidiva de la sinovitis es frecuente si quedan retenidos restos del cuerpo extraño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brady RC, Sommerkamp TG. Thorn-induced *Alternaria* flexor tenosynovitis of the hand. *Pediatr Infect Dis J*, 2001; 20: 1097-8.
2. Baskar S, Mann JS, Thomas AP, Newton P. Plant thorn tenosynovitis. *J Clin Rheumatol*, 2006; 12: 137-8.
3. Kchir MM, Snoussi H, Kochbati S, Zouari R, Zermani R, Ben Jilani S, Hila A. Synovitis caused by plant thorn and chronic polyarthritis. A propos of a case and review of the literature. *Rev Rhum Ed Fr*, 1994; 61: 53-5.
4. Stevens KJ, Theologis T, McNally EG. Imaging of plant-thorn synovitis. *Skeletal Radiol*, 2000; 29: 605-8.