



XXXVI Congreso Anual de la SOTOC. TORREVIEJA, 23 y 24 de Mayo de 2008

HIPEREXTENSION

Y ABDUCTO POSTRAUMÁTICO

DEL 5º DEDO DE LA MANO



L. Martín Magaña; P. A. Sebastián Giraldo; C. Sánchez Díaz;
A. García López; M. Villena Gozalvo
Unidad Miembro Superior; Servicio COT;
Hospital General Universitario de Alicante

P-29

CASO CLÍNICO

- Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés, que sufre traumatismo entre 4º y 5º dedos de la mano derecha al intentar bloquear una puerta de ascensor.
- Presenta dolor e impotencia funcional para la aproximación y la flexión del 5º dedo.



- Exploración física: Bloqueo en abducción y flexión del 5º dedo; no crepitación ni inestabilidad ósea; exploración vasculonerviosa distal correcta; no se observa atrofia muscular de eminencias
- Radiología simple: No lesión ósea.
- Diagnóstico diferencial:
 1. Luxación metacarpo-falángica o fractura.
 2. Lesión N. Cubital (signo de Wartenberg).
 3. Laceración de partes blandas.
 4. Artritis Reumatoide

- Mecanismo lesional: Traumatismo en dirección axial, con hiperabducción forzada.

- El fallo de las estructuras estabilizadoras radiales produce la subluxación cubital del tendón extensor propio del meñique, lo que genera la deformidad³.

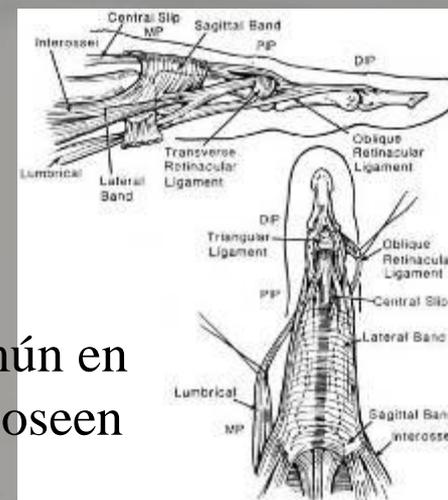
ANATOMÍA QUIRÚRGICA

- El aparato extensor del 5º dedo es muy variable.

- En estudios anatómicos sobre cadáver, se ha demostrado que para reproducir la lesión se requiere la disección de las 3 estructuras (banda sagital, junctura tendinum y ligamento colateral radial)³.

- El 56% de los individuos carece de tendón extensor común en el 5º dedo⁹, lo que les hace más susceptibles a la lesión (poseen menos estructuras estabilizadoras).

- Los tendones extensores del 5º dedo son los más estables a la luxación².



P-29



TRATAMIENTO CONSERVADOR

Inmovilización mediante yeso u ortesis, sindactilizando los dedos 4º y 5º. Las articulaciones MT-CF se mantienen en 40º de flexión y las IF en extensión³. La duración total fue de 25 días, comenzando tratamiento rehabilitador inmediatamente después de la retirada.

RESULTADO

- Ausencia de dolor, inestabilidad y recurrencia.
- Balance articular completo.

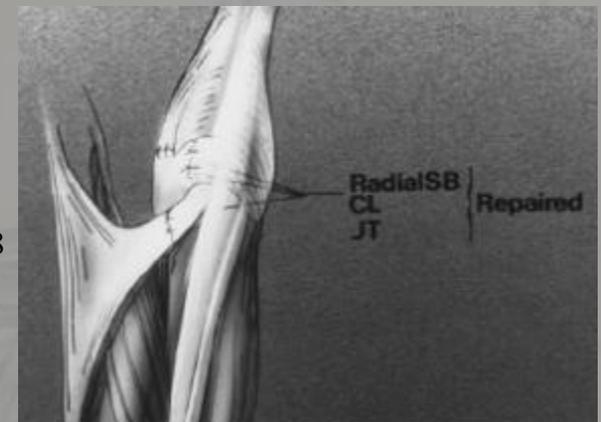
INDICACIONES QUIRÚRGICAS

- Fracaso del tratamiento conservador.
- Etiología neurológica (disfunción cubital).
- Persistencia o cronicidad de la deformidad (rotura del 3er interóseo palmar, fibrosis muscular intrínseca).



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Revisión y reparación (si precisa) de la placa volar. Plicatura del ligamento colateral radial e imbricación de banda sagital radial y junctura tendinum³
- Extensor propio del meñique^{7,8}
- Transferencias tendinosas:
 - Extensor propio del índice¹



CONCLUSIONES

- El tratamiento inicial de la deformidad en abducción e hiperextensión traumática del 5º dedo de la mano debe ser conservador, con resultados satisfactorios.
- En caso de fracaso del tratamiento conservador, se debe realizar la reparación quirúrgica para prevenir la cronificación de la deformidad.
- Las tranferencias tendinosas son útiles en casos evolucionados y para rescates.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung MS, Baek GH, Oh JH, Lee YH, Cho HE, Gong HS. Extensor indicis proprius transfer for the abducted small finger. J Hand Surg [Am]. 2008 Mar;33(3):392-7.
2. Young CM, Rayan GM. The sagittal band: anatomic and biomechanical study. J Hand Surg [Am]. 2000 Nov;25(6):1107-13.
3. Lourie GM, Lundy DW, Rudolph HP, Bayne LG. Abducted, hyperextended small finger deformity of nonneurologic etiology. J Hand Surg [Am]. 1999 Mar;24(2):315-9.
4. Wheatley MJ, Layman C, Burke JB. Closed rupture of the deep transverse metacarpal ligament: diagnosis and management. J Hand Surg [Am]. 1998 May;23(3):524-8.
5. Inoue G, Tamura Y. Dislocation of the extensor tendons over the metacarpophalangeal joints. J Hand Surg [Am]. 1996 May;21(3):464-9.
6. Rayan GM, Murray D. Classification and treatment of closed sagittal band injuries. J Hand Surg [Am]. 1994 Jul;19(4):590-4.
7. Murray D, Rayan GM. Late reconstruction of sagittal band laceration. Orthop Rev. 1994 May;23(5):445-7.
8. Dellon AL. Extensor digiti minimi tendon transfer to correct abducted small finger in ulnar dysfunction. J Hand Surg [Am]. 1991 Sep;16(5):819-23.
9. Schenck RR. Variations of the extensor tendons of the fingers. surgical significance. J Bone Joint Surg Am. 1964 Jan;46:103-10.