



No puedo estirar el dedo. Manejo en el tratamiento de la camptodactilia. A propósito de un caso.

López López, Sergio; Jiménez Ferrer, Marta; Pérez Correa, Nacho;
Rodrigo Pérez, José Luis

Hospital Universitario Doctor Peset

INTRODUCCIÓN

La camptodactilia es una malformación congénita rara (<1%), causada por un defecto de diferenciación de tejidos blandos, que provoca desviación en flexión de la interfalángica proximal (IFP) de la mano, frecuentemente del quinto dedo.

METODOLOGÍA

CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años con **deformidad desde el nacimiento de ambos meñiques**, que presenta empeoramiento, con dolor y dificultad para tocar el clarinete.

A la exploración presenta cuerda de arco tendinosa, déficit de extensión activa de IFP de 75º y pasiva de 60º, con flexión pasiva completa del quinto dedo de la mano derecha. En la contralateral observamos clínica más leve.

METODOLOGÍA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la radiografía y RM de la mano derecha apreciamos flexión de IFP (subluxada) y extensión de metacarpofalángica. No se objetiva rotura tendinosa ni de polea.



Composición de imágenes 1: Rango de movilidad 5º dedo mano derecha con limitación en flexión de la IFP al realizar la extensión activa de los dedos (1.1) y flexión activa de los dedos (1.2)



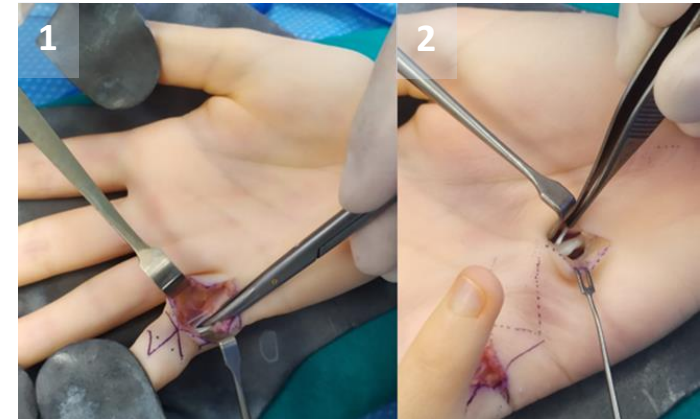
Composición de imágenes 2: Deformidad descritas en radiografía lateral del 5º dedo de la mano derecha (2.1) y RM (2.2)

RESULTADOS

TRATAMIENTO

Inicialmente realizamos **tratamiento conservador** mediante férulas dinámicas, con mala tolerancia.

Dada la persistencia de dolor, planteamos **tratamiento quirúrgico** mediante abordaje longitudinal volar para posterior Z-plastia. Se visualiza una polea A3 atenuada, cuerda de arco del flexor profundo bifurcada en espesor parcial y flexor superficial de quinto dedo hipoplásico. Se realiza abordaje accesorio en palma proximal a A1, apreciándose origen del lumbrical del 5º dedo en el flexor profundo del 4º y 5º, e inserción en el flexor superficial de los dedos (FSD) proximal a A1. Se realiza resección del FSD y del lumbrical del 5º dedo.



Composición de imágenes 3: Polea A2 y A3, el flexor profundo bifurcado y superficial hipoplásico (3.1). Flexor profundo normal y superficial hipoplásico (3.2)



Composición de imágenes 4: Lumbrical del 5º dedo originándose en el flexor profundo del 4º y 5º dedo e insertándose en el flexor superficial del 5º (4.1). Lumbrical del 5º dedo y flexor superficial extirpados (4.2)

RESULTADOS

POSTOPERATORIO

Colocamos **ortesis** en intrínseco plus 5 semanas. Se inician ejercicios de movilidad a partir de la segunda. La ortesis se mantiene nocturnamente hasta la 8ª. A los cinco meses presenta una movilidad en metacarpofalángica de 0º-90º y de 0º-80º en IFP, y está realizando vida normal.

CONCLUSIONES

- La camptodactilia es infrecuente, conocer su presentación clínica puede ayudarnos a **establecer un diagnóstico y manejo adecuados.**
- Inicialmente planteamos **tratamiento conservador.** Si **fracasa o recidiva debe plantearse el manejo quirúrgico.**