

1 ej 1
11207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E

**TRATAMIENTO CONSERVADOR
DEL DEDO EN MARTILLO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DE MANO

PRESENTA

DR. GILBERTO LUNA FLORES



MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANATOMIA.....	3
CLASIFICACION.....	6
DIAGNOSTICO.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	14

INTRODUCCION

Un tendón se rompe como resultado de una lesión aguda por estiramiento. Normalmente, éste constituye la porción más fuerte del sistema músculo-tendón-hueso, razón por la que rara vez se desgarran.(8)

La deformidad en dedo en martillo, es una condición muy común que frecuentemente aparece después de un relativo trauma banal.(4)

Es causado por una fuerte lesión de flexión en la falange distal, durante una actividad en la que el tendón extensor está tenso. (1,4,8).

El ejemplo más utilizado por los libros de texto Americanos, es el recibir la pelota en el beisbol.(8)

Existen muchos criterios con respecto a la mejor manera de inmovilizar la parte dañada, los cuales varían desde enyesar toda la mano, colocando la articulación distal en hiperextensión y las articulaciones proximales en flexión, hasta únicamente entablillar la articulación distal. (1,3,4)

El siguiente trabajo prospectivo, nos permite corroborar, que el manejo del dedo en martillo en los tres tipos primeros de la clasificación del Dr. Igor A. Niechajev, son conservadores, utilizando una férula de yeso y aluminio.

ANATOMIA

La extensión de los dedos obedece a la acción combinada del extensor común (Ec), de los interóseos (Ix), de los lumbricales (Lx) y de los cuadrados. Todos éstos músculos intervienen en las relaciones sinérgica-antagonismo variable según la posición de la articulación metacarpofalángica (Mp) y de la muñeca. Se le añade la acción puramente pasiva del ligamento retinacular que coordina la extensión de las dos últimas falanges. (2)

EXTENSOR COMUN.-

Es el verdadero extensor más que de la primera falange (Fp) y no actúa sobre falange media (Fm) y falange distal (Fd), más que en el caso de que los flexores estén relajados (flexión de la muñeca y flexión de la articulación metacarpofalángica). (2)

INTERÓSEOS.-

Son flexores de la falange proximal (Fp) y extensores de la falange media y distal, pero su acción sobre las falanges depende de el grado de flexión de las metacarpofalángicas y el estado de tensión del extensor común (Ec). Si la metacarpofalángica (Mp) se dispone en flexión por relajación del extensor común (Ec) y contracción de los lumbricales (Lx), el interóseo (Ix) flexiona potentesen

te la metacarpofalángica, por el deslizamiento distal de la cintilla sagital, además perdiendo la extensión de la Pm y Pd por retención de las expansiones laterales en la cintilla sagital. (2)

LUMBRICALES.-

Flexores de falánge (Fp) y extensores de Pm y Pd, poseen estas funciones sea cual fuere la flexión de la metacarpofalángica. Su situación más palmar al ligamento transverso le confiere un ángulo de acercamiento de 35 grados con la falánge proximal, por lo tanto flexiona la articulación metacarpofalángica aún en hiperextensión, pues los iniciadores de la flexión de Fp, al no estar sujetos a la cintilla sagital pueden tensar el sistema extensor de Pm y Pd, sea cual fuere el grado de flexión de la articulación metacarpofalángica.

Las articulaciones interfalángicas son del tipo troclear y poseen un solo grado de movimiento. La amplitud de flexión de la interfalángica proximal sobre pasa los 90 grados y de las interfalángicas distales es ligeramente inferior a los 90 grados, esta amplitud aumenta del segundo al quinto dedos, para alcanzar 90 grados a nivel del meñique. La amplitud de la hiperextensión activa de las interfalángicas proximales es nula y de las distales es nula ó muy débil. (2)

La inmovilización de la articulación interfalángica proximal debe ser en una posición cercana a la extensión ya que el frenillo de la extensión (check rein ligament) es causa de rigidez en flexión. (2)

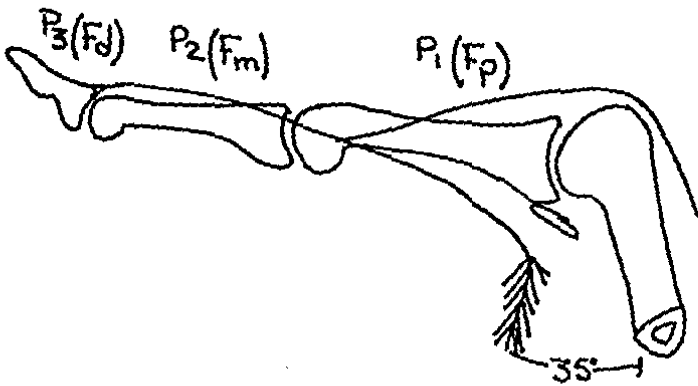
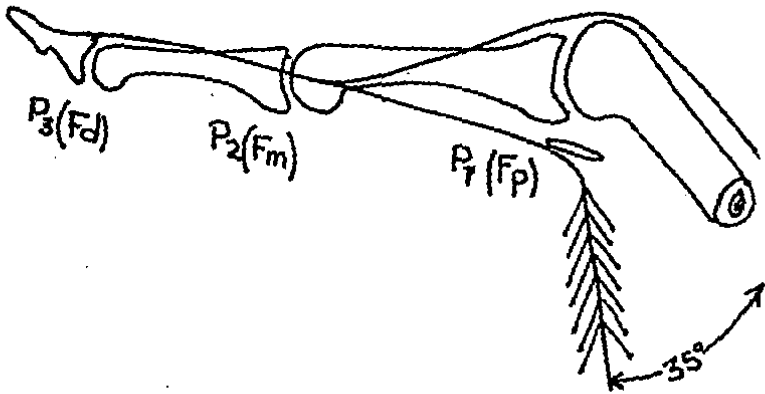
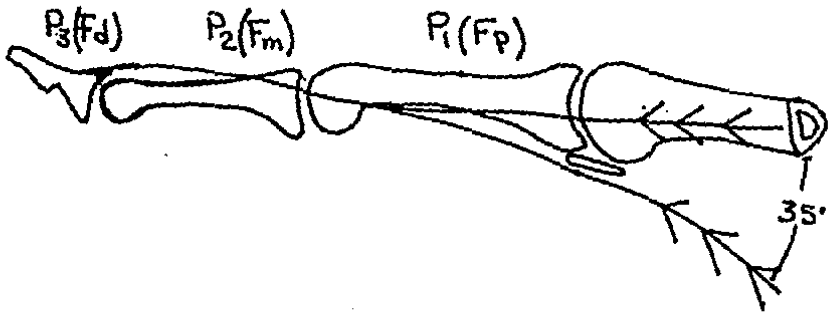


FIG. 1

CLASIFICACION.

La clasificación utilizada fué la del Dr. Igor A. Niechajev consistente en cinco tipos de lesión del dedo en martillo.(6)

Tipo A.- ruptura del tendón

Tipo B.- Fractura en escarocha

Tipo C.- Fractura avulsión sin desalojamiento.

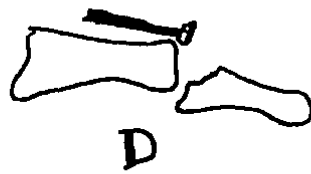
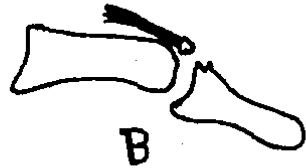
Tipo D.- Fractura avulsión con desplazamiento del fragmento.

Tipo E.- Fractura avulsión con desplazamiento del fragmento y subluxación de la falange distal.

Ver fig. (2)

FIG. 2

CLASIFICACION DE LA LESION DEL DEDO EN MARTILLO.



DIAGNOSTICO

El diagnostico, se realizo clinicamente en la consulta externa al presentar el dedo afectado la actitud de flexión de la articulación interfalángica distal, con imposibilidad de extensión, además de aumento de sensibilidad a nivel de la inserción distal del tendón extensor y el antecedente de haber sufrido trauma directo en punta del dedo cuando este se encontraba en extensión (1,7,8).

La radiografía lateral del dedo nos dió el diagnostico preciso del tipo de lesión según la clasificación utilizada.

MATERIAL Y METODO

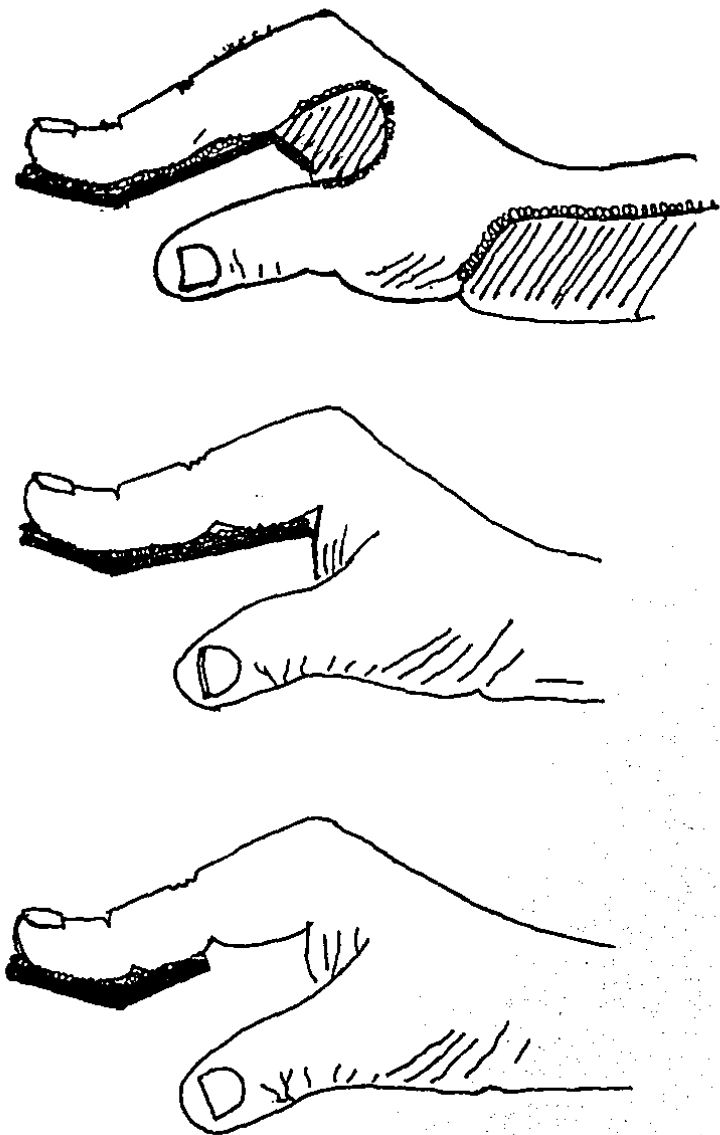
Se incluyeron en el presente estudio un total de 23 pacientes, doce del sexo masculino u once del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 20 y 55 años y - _
diagnostico de dedo en martillo.

Los pacientes presentarán, lesiones traumáticas cerradas con avulsión o ruptura del tendón extensor (tipo A,B,C) y una evolución no mayor de diez semanas, con o sin tratamiente previo incruento.

Se excluirán todos los pacientes que presentarán lesiones asociadas de tendones, falanges y metacarpianos, así como padecimientos sistémicos como artritis reumatoidea.

Los pacientes fueron inmovilizados con férula de yeso y aluminio combinada, manteniéndose el puño en extensión de 30 grados, la articulación metacarpofalángica de 80 a 90 grados, la interfalángica proximal en extensión y la distal en hiperextensión por un tiempo de tres semanas, posteriormente se mantiene en extensión solo la interfalángica proximal y distal mediante la férula de aluminio por un tiempo de dos semanas y or último se mantiene_
solo en extensión la interfalángica distal por una semana.

Fig.3 METODO DE INMOVILIZACION DEL DEDO EN MARTILLO.



RESULTADOS

El seguimiento de los pacientes después de terminado el tratamiento, fué de un mes, dándose de alta del servicio. Veintiuno de veintitres pacientes(91%) estuvieron libres de síntomas. Dos pacientes, uno masculino y otro femenino, presentaron a la semana de haber terminado el tratamiento, nuevamente la flexión de la falange distal con imposibilidad de extensión. Ambos pacientes presentaron inconformidad al tratamiento, quitándose la férula e des- cuidando esta, a que venían sensibilizados para el tratamiento quirúrgico.

RANGO DE MOVIMIENTO EN LA ARTICULACION INTERFALANGICA DISTAL.

	10°	10-20°	20°
DEFECTO DE FLEXION	16	4	1
	76 %	19.3%	4.7%

DEDO AFECTADO

INDICE	MEDIO	ANULAR
1	8	14
4.3%	34.7%	61%

DISCUSIÓN

El tratamiento conservador del dedo en martillo, con una faja de aluminio y yeso, con retiro progresivo de la inmovilización, secuencialmente de las articulaciones proximales a distales, nos dió resultados satisfactorios tanto estéticos como funcionales.

Se tomó en cuenta a otros autores, en que la avulsión con trazo articular, debe ser quirúrgico; en nuestra casuística, no se presentaron casos clasificados en D y E. (7)

Los datos obtenidos en cuanto a la recuperación, de los arcos de movilidad, son similares a otros autores (4,6, 7)

En dos pacientes que no respondían al tratamiento, fué debido a que no se llevo el manejo indicado, influyendo en ello la primera indicación de manejo quirúrgico por otros médicos.

En nuestros pacientes, no hubo diferencia en el resultado en cuanto al tiempo de inicio de la lesión y el tratamiento, considerando un intervalo de 10 semanas. (1,4,7)

El tratamiento conservador es un manejo sencillo, donde cabe mencionar que la fabricación de una férula cómoda y bien acojinada, son mejor toleradas por nuestros pacientes influyendo esto mucho en resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Campbell. Cirugia Ortopédica. Ed. Panamerica, 6o edición, 1981, pp:169.
- 2.- Kapandji, Fisiologia articular, Hassen Terry, 4a edición 1982, Tome 1, pp:204-212.
- 3.-Gomez Correa, Manual de Cirugia de Mano, Ed. Salvat. pp:139-140
- 4.- David P. Green M.D. Operative Hand Surgery 1982 2,1455-1463.
- 5.- Primary Care of the Injured hand part 1, Postgrad Med. 1979. 66,115,
- 6.-Conservative and Operative Treatment eg Mallet Finger. Plastic and Reconstructive Surgery 1985, 76:580-585.
- 7.-Treatment of Mallet Finger Due to intrarticular fracture of the distal phalanx. Journal of hand Surgery, 1978 3,361.
- 8.- Rene Cailliet, Síndromes dolorosas de Mano V, Manual Moderno Ed 2o , 1982 pp:94-96.