

Luxación dorsal doble de las articulaciones interfalángicas en el dedo meñique

A. J. GARBAYO MARTURET, A. TEJERO IBAÑEZ, A. ARENAS PLANELLES, MM. FERNÁNDEZ MORTIGÜELA
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE NAVARRA. PAMPLONA

Resumen. Presentamos un caso de luxación dorsal doble de las articulaciones interfalángicas en el quinto dedo de la mano, debido a un mecanismo en hiperextensión. El tratamiento consistió en una reducción cerrada de ambas articulaciones, que resultaron estables, lo que permitió una inmovilización reducida en el tiempo, con rehabilitación precoz y recuperación funcional completa.

Summary. A case of double dorsal dislocation of the interphalangeal joints of the left hand's little finger is presented. This injury is due to a hyperextension mechanism. The treatment consisted of a closed reduction of both joints, that were stable, which allowed a short-time immobilization and early rehabilitation resulting in a complete functional recovery.

Introducción. Las luxaciones de las articulaciones interfalángicas de los dedos de la mano son lesiones habituales dentro de la práctica traumatológica; sin embargo, la asociación de ambas en el mismo dedo y por el mismo traumatismo, es un hecho poco frecuente. Aportamos un nuevo caso de luxación de las articulaciones interfalángicas del quinto dedo de la mano, tras un mecanismo de hiperextensión, durante la práctica deportiva.

Caso clínico. Paciente de 41 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir un golpe directo en la parte distal del quinto dedo de la mano izquierda por un balón, mientras jugaba al fútbol. Refería dolor, presentaba deformidad leve a la exploración e incapacidad para la movilización. El estudio radiológico reveló una luxación dorsal de las articulaciones interfalángicas proximal y distal (Fig. 1).

El tratamiento consistió en la reducción cerrada de ambas luxaciones bajo

anestesia local. En el control radiológico postreducción, se comprobó la existencia de un pequeño fragmento óseo avulsionado por la placa volar en la base de la falange media. La movilidad activa en flexión y extensión era normal y las articulaciones estables en el plano lateral. Se inmovilizó en posición funcional con una férula digital durante 10 días, iniciando a continuación ejercicios activos en flexión y extensión solidarizado al anular.

Tres años después, el paciente presenta un quinto dedo de aspecto normal. No refiere dolor, ni existe limitación funcional en la mano, y realiza una actividad laboral normal. La movilidad es completa (Fig. 2 y 3). Las maniobras de estrés confirman la estabilidad de las articulaciones interfalángicas en el plano lateral y en hiperextensión (Fig. 4 y 5). El estudio radiológico no muestra alteraciones significativas, con la excepción del pequeño fragmento óseo avulsionado en la base de la falange media (Fig. 6).

Correspondencia:
Antonio J Garbayo Marturet
Servicio de Cirugía Ortopédica
y Traumatología
Hospital de Navarra
C/ Irunlarrea.3
31008. Pamplona
Email: ajgarbayom@eresmas.com

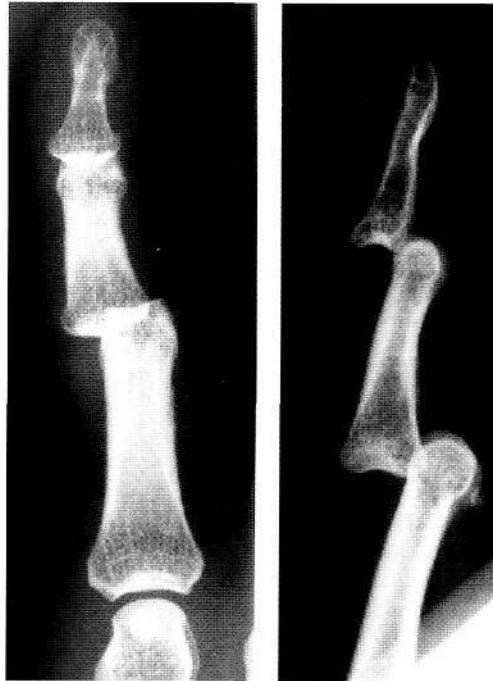


Figura 1. Radiología en proyección anteroposterior y lateral mostrando la luxación interfalángica dorsal proximal y distal.



Figura 2. Movilidad final en flexión del quinto dedo.

Discusión. La luxación doble de las articulaciones interfalángicas de un dedo de la mano es una lesión rara, pero no excepcional. Bartels la describió por primera vez en 1874 (1). Posteriormente, Guiral analizó 36 casos publicados hasta 1995 (2), y Tabib en su revisión bibliográfica hasta 1997 estudió 59 casos (3).

La lesión descrita se produce por un mecanismo de hiperextensión que actúa sobre el pulpejo de un dedo, habitualmente durante la práctica deportiva, generalmente en pacientes varones jóvenes, por el golpe directo de un balón o pelota (2,4). También puede suceder tras una caída casual en personas mayores (2,3) o en accidentes laborales. En realidad se produce primero la luxación dorsal de la articulación interfalángica distal y si la fuerza que la desencadena sigue actuando, en un segundo tiempo se luxa la articulación interfalángica proximal. Así pues, no se trata estrictamente, como se ha descrito en ocasiones, de una luxación simultánea (2,4-6).

Se da más en varones, con una localización predominante en los dedos anular y meñique (2,4), aunque hay casos descritos

en el índice (3) y medio (4); igualmente puede verse afectado el dedo pulgar, luxándose en este caso las articulaciones interfalángica y metacarpofalángica (4,7). La mayor incidencia en el dedo meñique estaría en relación con una menor protección a la hora de absorber las fuerzas del traumatismo (2,8).

La radiología muestra normalmente luxaciones dorsales y menos frecuentemente laterales, debido al mecanismo lesional ya descrito (5). No es raro encontrar avulsiones de pequeños fragmentos óseos correspondientes a la inserción de la placa volar, que no parecen influir en el resultado final (2,4-6).

La reducción se consigue generalmente de forma cerrada, bajo anestesia local. Se recomienda comenzar por la interfalángica distal, para destensar el flexor profundo y hacer más sencilla la reducción de la interfalángica proximal (3). Excepcionalmente, puede ser necesaria la reducción abierta, debido a la interposición de la placa volar (4), por inestabilidad articular secundaria a la lesión de los ligamentos laterales (5,9) o por la existencia de lesiones articulares en la



Figura 3. Movilidad final en extensión del quinto dedo.



Figura 1. Articulaciones interfalángicas estables en el plano lateral.



Figura 5. Articulaciones interfalángicas estables en el plano anteroposterior.

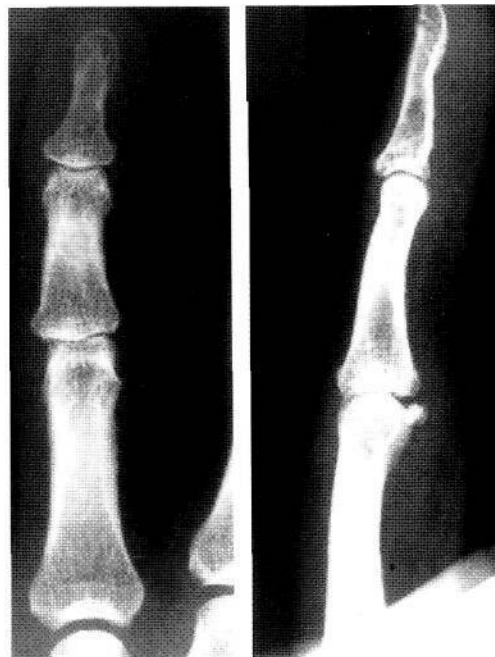


Figura 6. Radiología anteroposterior y lateral a los tres años de evolución.

base de la falange, que afecten a más del 40 % de su superficie (3,10). El pronóstico en estos casos empeora, siendo elevada la incidencia de rigidez articular (4). Es necesario explorar la movilidad activa tras la reducción para descartar lesiones tendinosas y va-

lorar la estabilidad articular en el plano lateral (3,9). Caso de comprobarse inestabilidad lateral debe plantearse la necesidad de una reconstrucción quirúrgica (3), de una inmovilización más estricta y duradera o ambas cosas.

Si las articulaciones son estables, no es necesario prolongar el período de inmovilización por el peligro de rigidez en flexión, más frecuente en la articulación interfalángica proximal, que provoca una situación especialmente incapacitante. Aunque clásicamente se recomiendan tres semanas de inmovilización en posición de intrínsecos (6), cuando las articulaciones son estables tras la reducción, se obtienen mejores resultados con una inmovilización menos duradera (de 8 a 10 días), seguida de rehabilitación precoz (2,5). Es

raro observar inestabilidades residuales en hiperextensión.

El pronóstico de estas lesiones es bueno en general. La recuperación suele ser la norma, siempre que se practique una reducción precoz, la inmovilización no se prolongue innecesariamente y exista un adecuado programa de rehabilitación (10). Sin embargo, existen casos (luxaciones abiertas, necesidad de reducción abierta y/o sutura cápsuloligamentosa) en los que la recuperación no es tan completa y segura (3-

Bibliografía

- Bartels M.** Traumatisme luxationen. *Aren Lin Chir* 1874; 16:636-54.
- Guiral J, Irisarri C, Curto JM.** Luxación dorsal de las articulaciones interfalángicas del meñique. *Rev Ort Traum* 1996; 40:29-31.
- Tabib W, Sayegh S, Frick M, Ninkabou Y, Meyer M.** Luxation étagée traumatique de l'index. A propos d'un cas avec revue de la littérature. *Rev Chir Orthop* 1998; 84:75-8.
- Hutchison JD, Hooper G, Robb JE.** Double dislocations of digits. *J Hand Surg* 1991; 166:114-5.
- Hardy I, Russell J, McFarlane I.** Simultaneous dislocation of the interphalangeal joints in a finger. *J Trauma* 1985; 25:450-1.
- Ikpeme JO.** Dislocation of both interphalangeal joints of one finger. *Injury* 1977; 9:68-70.
- Climent V, López F, Sierra N.** Luxación simultánea de las articulaciones interfalángica y metacarpofalángica del pulgar. *Rev Esp Cir Osteoart* 1999; 34:178-9.
- Curran AJ, McKiernan MV, McCann J.** Double interphalangeal joint dislocation in a little finger. *Injury* 1992; 24:138.
- Inoue G, Kino Y, Kondo K.** Simultaneous dorsal dislocation of both interphalangeal joints in a finger. *Am J Sports Med* 1993; 21:323-5.
- Viana R, Cotillo JA.** Luxación dorsal simultánea de las articulaciones interfalángicas de un dedo de la mano. *Rev Ort Traum* 1996; 40:35-7.