

Luxación irreductible de articulación interfalángica distal 5º dedo mano con interposición de placa volar



Osakidetza

GURUTZETAKO UNIBERTSITATE OSPITALEA
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Rodrigo Franco; Pablo Cagigas, Carmen Ayestarán
Servicio C.O.T. Hospital Universitario Cruces; Barakaldo; País Vasco



Gurutzeta Ospitalea
Hospital Cruces

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones en la articulación interfalángica distal son difíciles de reconocer inicialmente si no se acompañan de lesiones tendinosas. La lesión articular se considera crónica pasadas 3 semanas.

OBJETIVOS

Analizar las causas, diagnóstico precoz y tratamiento definitivo para intentar conseguir un resultado clínico y funcional adecuado a medio-largo plazo.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una mujer de 52 años, con numerosos antecedentes médico-quirúrgicos entre los que destaca consumo crónico de cocaína y hepatopatía crónica por VHC, que acude a nuestra consulta ambulatoria refiriendo caída con traumatismo en 5º dedo mano derecha 3 semanas antes.

Acudió a urgencias hospitalarias donde objetivaron luxación dorsal de articulación interfalángica distal 5º dedo mano derecha que tras intento de reducción cerrada sin éxito, se inmovilizó con férula digital stack y se derivó a consultas ambulatorias.

A la exploración física, presentaba deformidad importante, dolor e impotencia funcional para flexo-extensión de articulación interfalángica distal. Exploración vasculo-nerviosa distal no deficitaria.

Se realiza nueva radiografía donde confirmamos luxación dorsal de articulación interfalángica distal 5º dedo mano.

Se intenta una reducción cerrada que es insatisfactoria por lo que se deriva a nuestro centro para cirugía.



Figura 1 y 2. Rx AP y Oblicua postraumatismo

RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente de manera urgente-diferida, objetivando por vía volar en H sobre articulación interfalángica distal, una desinserción de la placa volar de falange distal de 5º dedo mano derecha

Se objetivó intraoperatoriamente inestabilidad con luxación dorsal de falange distal así como integridad de *flexor digitorum profundus*, polea A4 y polea A5.

Se intentó realizar re-anclaje de placa volar con micro-ancla de sutura para articulaciones pequeñas, pero no fue satisfactorio, por lo que se suturaron los dos extremos de manera termino-terminal con sutura de alta resistencia 5/0 consiguiendo correcta aposición y reducción de articulación interfalángica distal bajo visión directa y escópica.



Figura 3 y 4. Rx AP y Oblicua postcirugía

CONCLUSIONES

- En luxaciones puras se recomienda reducción cerrada e inmovilización de la articulación interfalángica distal en extensión neutra o a 20º de flexión durante 2-3 semanas.
- Si no se consigue la reducción cerrada, casi siempre por interposición de la placa volar se recomienda la reducción abierta.
- El diagnóstico precoz junto a una adecuada reducción urgente son las variables que más influyen en un resultado final favorable.

CONGRESO
59 secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA