

APLASTAMIENTO EN MANOS EN EDAD PEDIÁTRICA: MUCHO MÁS QUE FRACTURAS DE SEYMOUR

Henar Carpintero García, Marcos Chico García, Miguel Márquez Gómez, Priego Sánchez, Rodrigo , Ángel Villa García, Hospital General Universitario Gregorio Marañón



INTRODUCCIÓN

Las fracturas que afectan a la falange distal de los dedos son muy frecuentes y, típicamente, secundarias a lesiones por aplastamiento si hablamos de edad pediátrica.

Una lesión pediátrica de consideración especial en el contexto de lesiones de dedos son las fracturas que primero describió Seymour en 1966 como fracturas de falange distal abiertas (por laceración de la matriz ungueal) con patrón yuxtaepifisario o epifisiolisis Salter-Harris tipo I o II. Existe aún hoy en día mucha controversia sobre el tratamiento más apropiado para estos casos, pero cada vez se encuentra más unanimidad en la necesidad de tratarlas con protocolos más agresivos de desbridamiento quirúrgico y pautas de antibioterapia intravenosa u oral..

Sin embargo, las luxaciones de la articulación IFD son muy infrecuentes por estar protegidas relativamente por la anatomía de los dedos. Además, las luxaciones abiertas de IFD son excepcionales y controvertidas en cuanto a su tratamiento.

OBJETIVOS

Analizar el abordaje terapéutico en un de luxación abierta de IFD de 2º dedo atendida en un hospital infantil de tercer nivel y revisar la bibliografía respecto al tema.



Figura 1: Imagen clínica de presentación en sala de urgencias de la paciente

Figura 2: Radiografía realizada en urgencias

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos una paciente de 4 años y 8 meses de edad, traída a urgencias de un hospital de tercer nivel por traumatismo en 2º dedo de la mano izquierda al pillarse con una puerta de unas 3 horas de evolución. A la exploración física se evidenció avulsión de la matriz ungueal con exposición de la base de falange distal del 2º dedo (*Figura 1*), comprobándose por radiología simple luxación lateral de la articulación IFD y ausencia de fracturas o desprendimientos fisarios asociados. (*Figura 2*)

Se realizó tratamiento urgente en quirófano en la primera hora desde su entrada al servicio de urgencias mediante lavado y desbridamiento, reducción abierta de la articulación y fijación provisional con una aguja de Kirschner (AK) 1.2mm retrógrada avanzada intraarticular inmovilizando la IFD en unos 5º de flexión. Para el cierre de la herida, se decidió conservar el lecho ungueal ferulizando la lesión con la propia uña y el dedo con una férula de aluminio en extensión (*Figura 3*). Se completó el tratamiento con antibioterapia intravenosa con cefazolina ajustada por peso durante 3 días, sin pauta oral al alta.

Tras comprobación en seguimiento en consultas de adecuada cicatrización de la herida, se retira la AK al mes de la intervención quirúrgica y se autorizan ejercicios de movilidad de dedos. La paciente no ha presentado complicaciones infecciosas (de la herida ni osteoarticular profunda) pero sí rigidez en el balance articular de flexión del dedo afecto precisando cinesiterapia por parte del equipo de Rehabilitación del centro. En la última revisión clínica a los 8 meses de la lesión el balance articular activo de la IFD era de 10º - 0º, habiendo alcanzado techo terapéutico. No ha presentado alteraciones en la matriz ungueal ni la placa fisaria.



Figura 3: Imágenes postquirúrgicas. A. Control radiográfico postoperatorio. B. Resultado clínico postoperatorio

DISCUSIÓN

A conocimiento de los autores, apenas hay trabajos sobre luxaciones de IFD, y ninguno respecto a luxaciones abiertas.

En nuestro caso, la luxación se presentaba dorsal con avulsión de partes blandas; presentado riesgo elevado de infección, y fue tratada según el protocolo de fractura abierta con desbridamiento quirúrgico, reducción y estabilización y antibioterapia precoz. Si equiparamos nuestra lesión a las fracturas de Seymour, todos los textos reflejan la importancia de un tratamiento precoz quirúrgico de desbridamiento y antibioterapia de amplio espectro.

Reyes y Ho (2017) analizando 48 casos de fractura de Seymour con seguimiento mínimo 30 días por 3 grupos de tratamiento: presentación aguda (en las primeras 24 horas de la lesión); o diferida; y tratamiento completo (limpieza y desbridamiento asociado a reducción abierta y antibioterapia empírica de amplio espectro oral o intravenosa), o parcial (si faltaba algún paso) demostraron que, de su tasa de 20% de infección, ningún caso se dio en el grupo de tratamiento agudo completo. Además, encontraron más del doble de casos de infección en el grupo de tratamiento diferido respecto al agudo de tratamiento parcial; y, diferenciando por infección superficial y profunda, sólo hubo un caso de infección profunda en el grupo agudo parcial (50%), y 4 en el diferido (80%). Su análisis estadístico mostró significación; poniendo en relieve una vez más que estas lesiones son tiempo-dependientes.

Dawn et al en 77 fracturas de Seymour añadieron al análisis el momento de inicio del tratamiento antibioterápico en las primeras 24h o posteriormente. El inicio precoz también demostró significación, con un aumento de la tasa de infección en inicio posterior a las 24 horas de un 76.5%. Además, diferenciando entre infecciones superficiales o profundas, el 86% (6 casos) fueron profundas, y todas ocurrieron en el grupo de pacientes de inicio antibioterápico diferido.

Tras tratamiento quirúrgico resulta frecuente la rigidez crónica en lesiones que afecten a la IFD. En el enfoque terapéutico, el cirujano debe tener en cuenta las demandas funcionales de mano y muñeca.

Por último, cuando hablamos de pacientes de edad pediátrica, el traumatólogo debe tener muy en cuenta la posibilidad de lesión de la placa fisaria. En el caso de falanges, la restricción de crecimiento fisario presenta poca relevancia clínica, pero se precisa un control de crecimiento longitudinal de la falange afecta dado que la interrupción del crecimiento puede ser asimétrica, derivando en desviaciones coroneales de la falange, que, según el crecimiento final remanente, pudieran presentar repercusiones clínicas.

CONCLUSIÓN

- El pronóstico de tratamiento de las lesiones abiertas, también en dedos, es tiempo-dependiente.
- Dado que tras un tratamiento quirúrgico en las lesiones de IFD son frecuentes las rigideces, hay que tener en cuenta las demandas funcionales del paciente.
- El punto débil de nuestro trabajo es que no puedes realizarse estudio estadístico.