

MAL DE POTT: BANDERAS ROJAS A DETECTAR PARA SU DIAGNÓSTICO

Introducción

- ✓ El retraso diagnóstico en las lesiones de los tendones flexores en el paciente pediátrico es común.
- ✓ La edad pediátrica influye en la regeneración de las lesiones y en el manejo postoperatorio inmediato y posterior rehabilitación.

Material y Métodos

- ✓ Descripción clínico-radiológica y actitud quirúrgica del caso.
- ✓ Seguimiento clínico radiológico de 6 semanas.

Niña de 3 años que acude a nuestro centro hospitalario por **impotencia de flexión de articulación interfalángica distal de 3er dedo de mano izquierda**.

2 meses antes sufrió un **atrapamiento de dicho dedo** con una silla de camping, resultando en una **herida inciso-contusa en la cara volar de la zona 2 de Verdan, suturándose piel** en un centro de salud cercano **sin realizarse revisión de posible afectación tendinosa**.

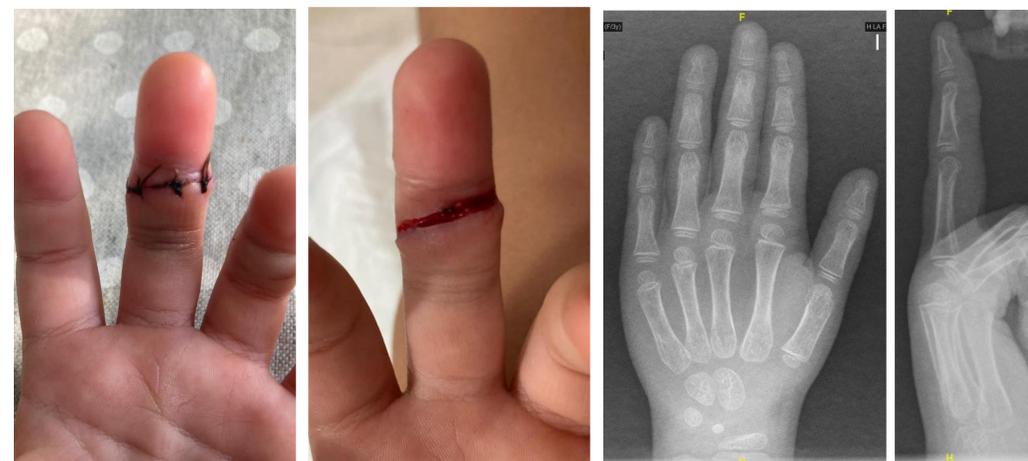
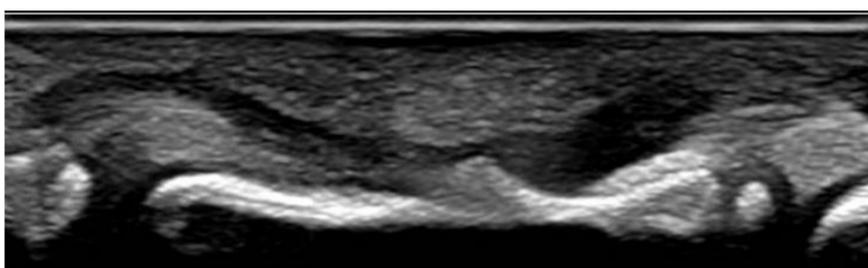


Imagen clínica del momento del traumatismo

Rx simple de mano 2 meses después del traumatismo

En este momento se realiza una ecografía de dicho dedo, donde se aprecia una pequeña **osificación en la zona media de la cortical volar de la falange media**, que impronta en el tendón flexor, condicionando un adelgazamiento de las fibras distales del mismo. **No se aprecia sección ni cabos tendinosos**. Se realiza una radiografía de mano, donde se observa dicha osificación.

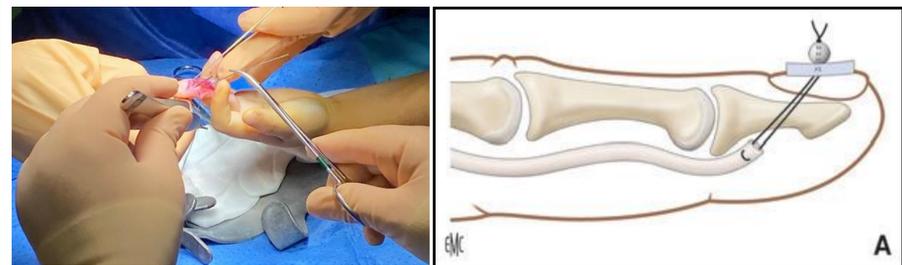


Ecografía 2 meses después del traumatismo

Tratamiento y Resultados

Pese al resultado de la ecografía, se interviene a la paciente ante la sospecha clínica de sección del flexor profundo.

Se realiza un abordaje volar en el 3er dedo a nivel de la cicatriz previa en la región de la articulación IFD. Se observa la **sección inveterada del flexor profundo**, con una zona de **fibrosis** a nivel de la polea A4, en la **zona 1 de Verdan**.



Se disecan ambos bordes de la polea y **se ancla el cabo proximal del flexor a nivel de la F3 mediante una sutura pull out**. No se actúa sobre la lesión ósea. Se inmoviliza a la paciente durante 8 semanas mediante una **férula braquial** con el codo y las metacarpofalángicas con una flexión de 90° y la muñeca flexionada a 30°, **permitiéndose la flexión a nivel de las falanges**.



A las 6 semanas la flexión es posible, y en la radiografía de control se aprecia consolidación de la osificación inicial, sugiriendo una **lesión del periostio secundaria a una fractura de la falange en el momento del traumatismo**.

Conclusiones

Una adecuada exploración bajo sedación en las heridas de la mano pediátrica ayuda a evitar que pasen desapercibidas lesiones tendinosas. En el paciente pediátrico es posible prolongar más la inmovilización postoperatoria respecto al paciente adulto. Por último, la sección del periostio puede provocar sobrecrecimiento óseo.

Bibliografía

- Al-Qattan, M. M. (2011). A six-strand technique for zone II flexor-tendon repair in children younger than 2 years of age. *Injury*, 42(11), 1262–1265. doi:10.1016/j.injury.2011.01.003
- Cooper, L., Khor, W., Burr, N., & Sivakumar, B. (2015). Flexor tendon repairs in children: Outcomes from a specialist tertiary centre. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 68(5), 717–723. doi:10.1016/j.bjps.2014.12.02
- Taleb, C., & Liverneaux, P. (2016). Lesiones recientes de los tendones flexores de los dedos. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Ortopedia y Traumatología*, 8(4), 1–10. doi:10.1016/s2211-033x(16)80744-6