

¿Y QUÉ HAGO CON ESE DEDO?

Arribas Pinillos, C.; Juan Mangas, F; Hernández Ruiz, A; González Alonso, M.; Esparcia Arnedo, E.

OBJETIVOS

Presentar caso de reconstrucción de polea A3 con autoinjerto de palmar mayor.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 28 años intervenida hace un año por corte a nivel palmar del 3º dedo de la mano izquierda en zona II y III de IFSSH, realizándose sutura de polea A4 y del flexor profundo.
Acude 10 meses después a consulta por imposibilidad para la extensión completa del 3º dedo. En la exploración se aprecia cuerda de arco en ese dedo, así como rigidez a nivel de la articulación IFP, con déficit de extensión activa de 30º y 20º en pasiva.



Imagen 1y 2: Estado inicial de la paciente



Se decide realizar cirugía abierta, apreciándose ausencia total de polea A2 y A3, y presencia parcial de A4. Así mismo encuentra integro el tendón flexor profundo y superficial pero con importante fibrosis de zona peritenon y adherencias múltiples del tendón profundo a nivel de polea A4 y A1.

Se realiza tenolisis con importante excisión de fibrosis y se realiza artolisis de IFP.

Tras comprobar buena movilidad del tendón y de la articulación, se reconstruye la polea A3 con injerto de palmar mayor realizando técnica de doble lazada, llevando el tendón hacia dorso del dedo a nivel de F2, liberando el aparato extensor. Tras cierre de piel se inmoviliza con férula palmar en extensión dejando la libre la IFD.



Imagen 3, 4, 5. Reconstrucción de la polea mediante injerto de palmar mayor

A la semana se inicia rehabilitación manual, con férula de bloqueo dorsal con sostén sobre polea reconstruida y se comienzan ejercicios de movilidad pasiva y activa. A las 8 semanas se retira férula y se mantiene anillo termoplástico y se inician ejercicios de resistencia.

RESULTADOS

A los 6 meses, se aprecia movilidad completa con ausencia de dolor.

CONCLUSIONES

La cirugía de secuelas de la mano es una cirugía desafiante.

En la mano existe un complejo sistema de poleas que permite la correcta función flexora de los dedos, siendo las poleas A2 y A4 las más importantes biomecánicamente.

Al realizar reconstrucciones de polea tenemos múltiples técnicas, pero hay que tener en cuenta que debemos dar una tensión adecuada para evitar la aparición de una cuerda de arco, pero suficientemente suelta para permitir el deslizamiento de los tendones.