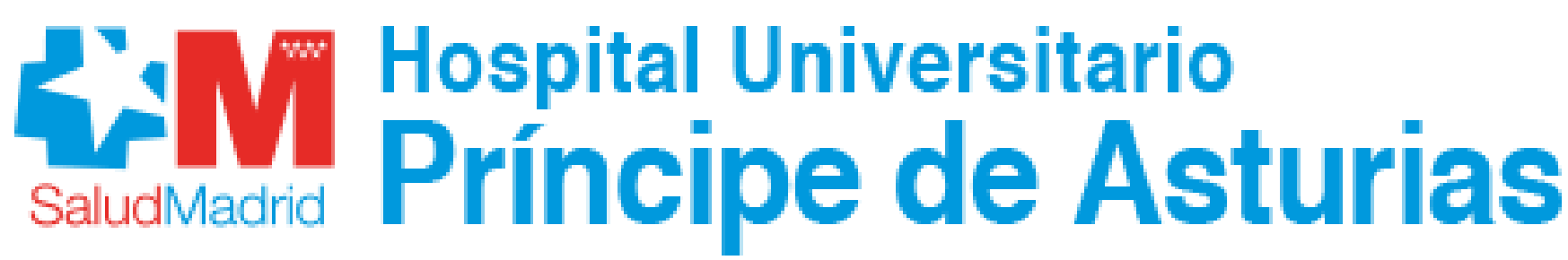


Mallet Finger abierto. Revisión de 4 casos en nuestro centro.

Juan Moreno Blanco, Fernando Martín Gorroño, Óscar Serrano Alonso, Lydia Jiménez de Alcázar, Miguel Ángel Plasencia Arriba

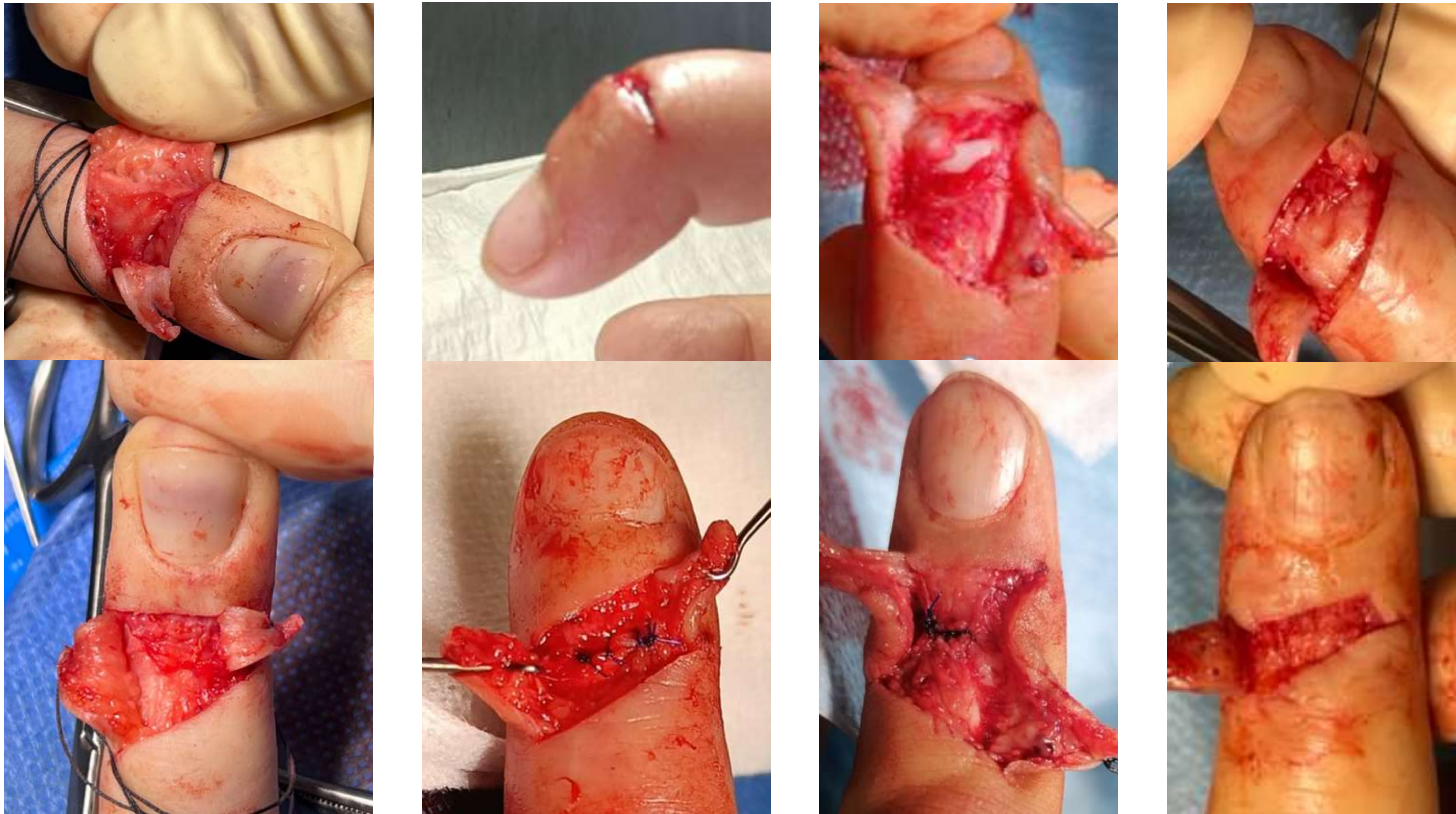


OBJETIVOS

La cirugía del dedo en martillo agudo cerrado es controvertida. En las lesiones abiertas y en las lesiones con un fragmento óseo que condicione subluxación de la articulación interfalángica distal esta indicada.

MÉTODOS

Presentamos 4 casos de dedo en martillo (mallet finger) abiertos en nuestro centro. Todos los casos habían sido producidos por corte con cuchillo a nivel de zona I extensora. Todos los casos fueron agudos excepto un caso subagudo a los 5 días. Todos los casos fueron 2ºdos dedos de la mano excepto un caso que fue un 3ºer dedo, siempre en la mano no dominante.



RESULTADOS

A la exploración las lesiones abiertas presentan mayor actitud en flexión de la interfalángica distal que los casos cerrados. Esto suele ser debido a que no solo se afecta el tendón central extensor, sino que también se afecta cápsula articular, ligamento triangular y ligamentos retinaculares oblicuos. En todos los casos se realizó lavado profuso previo a exploración quirúrgica.

Se realizó de esta manera un abordaje abierto en Z de Brunner proximal y distal para identificar ambos cabos tendinosos. Se unieron ambos cabos mediante una sutura reabsorbible con una configuración tipo “Basket weave”. Tras esto se inmovilizó con una férula tipo Zimmer al alta de urgencias.

Posteriormente se cambia la férula por un dedal tipo Stack o similar durante 3 semanas para protección de la sutura tendinosa. A partir de ahí comenzamos movilización de forma progresiva. Tuvimos un caso de fracaso de sutura en una paciente que no cumplió la inmovilización, se le abrió la herida y se infectó. La paciente se rescató mediante artrodesis interfalángica. El resto de pacientes evolucionaron favorablemente persistiendo un déficit de extensión de 5º/10º de media

CONCLUSIÓN

Las lesiones abiertas por dedo en martillo requieren una atención minuciosa. Han de irrigarse y desbridarse bien previo a la reparación tendinosa. El tendón puede repararse por separado (como en nuestros casos) o repararse junto con la piel (tenodermodesis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamaris GA, Matthew MK. The Diagnosis and Management of Mallet Finger Injuries. Hand (N Y). 2017 May;12(3):223-228. doi: 10.1177/1558944716642763. Epub 2016 Mar 30. PMID: 28453357; PMCID: PMC5480656.
2. Khera B, Chang C, Bhat W. An overview of mallet finger injuries. Acta Biomed. 2021 Nov 3;92(5):e2021246. doi: 10.23750/abm.v92i5.11731. PMID: 34738569; PMCID: PMC8689306.
3. Lin JS, Samora JB. Surgical and Nonsurgical Management of Mallet Finger: A Systematic Review. J Hand Surg Am. 2018 Feb;43(2):146-163.e2. doi: 10.1016/j.jhsa.2017.10.004. Epub 2017 Nov 22. PMID: 29174096.
4. McGhee S, Gonzalez J, Nadeau C, Ortega J. Mallet finger injuries: the signs, symptoms, diagnosis and management. Emerg Nurse. 2020 Mar 10. doi: 10.7748/en.2020.e1996. Epub ahead of print. PMID: 32153150.

