

Síndromes isquémicos de la mano de etiología traumática

Ischemic syndrome of the hand of traumatic etiology

Dr. Carlos del Risco Turiño, Dr. Raúl Romay Buitrago, Dr. Alejandro Ferrer Padrón, Dr. Jorge Herrera Zamora, Dr. Rafael Pila Pérez

Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Tres pacientes con síndrome del martillo hipotenar fueron estudiados mediante métodos no invasivos de diagnóstico, y sometidos a arteriografías de la mano, donde se constató: trombosis de la arteria cubital, no lesión orgánica y aneurisma traumático, respectivamente. Ellos fueron tratados exitosamente. El primero de los pacientes fue tratado con vasodilatadores y bloqueos anestésicos con buena respuesta. El segundo paciente fue tratado de la misma forma y posteriormente no se detectó la presencia de lesión orgánica en los vasos de la mano. Al tercer paciente se le realizó aneurismectomía con ligadura del sector arterial afectado, no quedó secuela alguna por dicho proceder.

DeCS: ANGIOGRAFÍA; TRAUMATISMO DE LA MANO/etiología.

ABSTRACT

Three patients with syndrome of the hypothenar mallous were studied through non invasive diagnostic methods and subjected to hand arteriographies, where trombosis of the cubital artery, non arganic lesion and traumatic aneurysm were respectively found. They were treated successfully. The first patients was treated with vasodilators and anaesthetic blockings havin good response. The second one was treated in the same way and afterwards the presence of organic lesion in the vessels of the hand was not detected. The third one overwent an aneurysmectomy with ligation af the arterial sector affected, without any sequelae after this procedure.

DeCS: ANGIOGRAPHY; HAND INJURIES/etiology.

INTRODUCCIÓN

Desde que fue descrita por primera vez la alteración de la circulación de los miembros superiores por Maurice Raynaud en 1862, transcurrió mucho tiempo sin que se pudieran distinguir las formas orgánicas de los funcionales.

Con el advenimiento de los estudios angiográficos y más recientemente, con los métodos no invasivos de diagnóstico (1,2) y los procedimientos de diagnóstico inmunológicos, es más fácil catalogar cada uno de estos procesos.

Los cuadros isquémicos de la mano pueden ser debido a fenómenos vasomotores sin lesión arterial, o bien a las arteriopatías propiamente dichas en las que existe una lesión arterial de etiología diversa (3).

El Síndrome del martillo hipotenar es reconocido por Conn (4) Yao (5) y Kappert (6) como un clásico problema ocupacional que provoca isquemia de la mano.

Presentamos tres casos atendidos en nuestro servicio con manifestaciones clínicas de Síndrome del martillo hipotenar.

Caso No. 1

Paciente varón de 35 años; diestro; fumador moderado, de ocupación mecánico automotor. Acude a consulta porque hace quince días comenzó a sufrir dolor insidioso en la palma de la mano derecha acompañado de cianosis de los dedos medio, anular y meñique, síntomas que se agudizan con el frío.

Examen físico: Sensibilidad dolorosa palmar. Cianosis y frialdad de los referidos dedos, pequeña lesión necrótica del pulpejo del dedo meñique. Pulsos periféricos

palpables. Prueba de Allen negativa. Maniobras de Adson, Wright, Falconer y Weddel y Telford negativas.

Complementarios: Radiografía columna cervical negativa.

Flujometría Doppler: Arterias humerales radiales y cubitales normales.

Pletismografía digital de miembro superior derecho: Caída significativa de amplitud de la onda en dedos índice, medio, anular y meñique. Miembro superior izquierdo normal: pletismografía con compresiones alternas de radial y cubital, discretas alteraciones en el comportamiento de la gráfica del arco palmar superficial. Mano izquierda normal.

Arteriografía miembro derecho: Trombosis arteria cubital terminal en el arco palmar superficial.

Electrocardiograma: Normal.

Lipidograma y set de coagulación normales.

CONCLUSIONES

Síndrome del martillo hipotenar con trombosis arteria cubital.

Conducta terapéutica. Vasodilatadores. Bloques anestésicos.

Hemorreológicos (Pentoxifilina). Resultado satisfactorio.

Se indicó supresión de cigarro y cambio de trabajo.

Se encuentra libre de molestias 18 meses después.

Caso No.2

Paciente varón, 24 años, zurdo, de ocupación mecánico, es remitido de su área de salud por presentar dolor en la palma de la mano izquierda y que se irradia a los dedos anular y medio, con cianosis ligera y muy discreta sensibilidad al frío con una semana de evolución.

El examen físico: corrobora lo antes mencionado.

Prueba de Allen negativa maniobras de la cintura escapular: negativas.

Complementarios: Radiografía columna cervical normal, electrocardiograma normal.

Flujometría Doppler: humerales, radiales y cubitales normales.

Pletismografía al ingreso: Pérdida de la amplitud de las ondas en los dedos medio, anular y meñique izquierdos.

Pletismografía por compresión alterna, no fue útil por baja amplitud de la onda.

Miembro superior derecho normal.

Arteriografía de mano izquierda: normal.

Estudios inmunológicos negativos en busca de Arteritis.

Lipidograma normal. Set de coagulación normal.

Después de realizados bloqueos anestésicos se negativiza el cuadro clínico y la pletismografía es normal. Se concluye como espasmo arterial traumático.

Evaluable a los seis meses, los estudios hemodinámicos son normales. Hasta ahora no han aparecido signos de enfermedad arterial orgánica. Se recomendó cambio de trabajo.

Caso No.3

Paciente masculino, 25 años; diestro; no fumador; operario manual de fábrica de embutidos. Acude a consulta por dolor intenso de la mano derecha de unos 15 días de evolución y aumento de volumen en región hipotenar. Niega antecedentes patológicos personales de interés.

Examen físico: Tumefacción hipotenar mano derecha.

Sensibilidad dolorosa entre las eminencias hipotenar y tenar.

Se percibe soplo sistólico muy tenue en la palma de la mano, en la zona antes mencionada. Pulsos periféricos presentes, no hay lesiones tróficas ni signos de isquemia digital. Prueba de Allen negativa. Examen cardiovascular normal.

Complementarios: Flujometría Doppler: normal.

Pletismografía digital: normal en ambas, manos.

Estudios inmunológicos en busca de arteritis: normales.

Oximetría comparativa en dedos de ambas manos: normal.

Electrocardiograma: normal.

Arteriografía de la mano derecha. Aneurisma arteria cubital terminal sobre proyección del hueso ganchoso.

CONCLUSIONES

Síndrome del martillo hipotenar con aneurisma traumático de arco palmar superficial.

Tratamiento quirúrgico: Incisión poligonal en zigzag siguiendo el borde externo, eminencia hipotenar disección por planos, ligadura de arteria por encima y por debajo del aneurisma. Cierre por planos.

Resultados de biopsia: Aneurisma arterial sin signos de sepsis.

Evolución: A los 17 meses de observación se encuentra libre de molestias, continúa trabajando.

DISCUSIÓN

El síndrome del martillo hipotenar es un cuadro vascular traumático de la mano que en ocasiones se presenta como fenómeno de Raynaud típico (7). En otras ocasiones

pueden aparecer dolores intensos en la mano que posteriormente se asocian con la aparición de la isquemia y formación de callos (4). En otros casos se demuestran alteraciones de los arcos palmares sin antecedentes previos (8, 9).

Miles, Little y Ferguson (10). Reconocen su alta incidencia en mecánicos de automóviles, encontrando alteraciones de la flujometría Doppler en el 14 % de los mismos.

Desde el punto de vista fisiopatológico está claro que el trayecto de la arteria cubital cuando penetra en la palma de la mano y contornea la apófisis unciforme del hueso ganchoso, está adosada a dicho hueso pudiendo ser comprimida contra éste (11), sobre todo cuando existen callosidades en la región palmar como consecuencia de los oficios manuales (12).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yao J; Bergan J. Aplicación del ultrasonido en el diagnóstico arterial y venoso. Clin. Quir. Nor. Ame. 1974; (2): 23-38.
2. Bok L; Trainor F; Thoden W; Kavner D. Handbook of non invasive techniques in vascular surgery. Appleton Century Croft. New York. 1991 (4): 93-153.
3. Estevan JM. Arteriopatías periféricas. Barcelona: URIACH; 1992: 108-119.
4. Conn J; Bell L. Hypothenar hammer Syndrome: Posttraumatic digital ischemia Surgery 1970; 68: 1122.
5. Yao J. Occupational problems. In Ruthenford R. Vascular Surgery Third . Philadelphia: Saunders 1990: 332-340.
6. Kappert A. Lehrbuch und Atlas der Angiologic. Huber. Berna 1976: 123-125.
7. Pineda CJ, Weirman MH. Hypotenar hammer Syndrome from reversible Raynauds Phenomenon. Am. J. Med 1985; 79: 561-570.
8. Bollinger A. Angiología. La Habana: Ed. Científico Técnica; 1982: 108-109.
9. Pouliadis G. Bollinger A; Brunner V. Das arteriographische Bild des Hypothenar-Hammer Syndroms. Fortsch Röntgenstr 1987; 127: 345.
10. Miles A; Little J; Ferguson DA. The incidence of the hypothenar hammer Syndrome. Arch-Surg, 1972; 105: 684.
11. Rounvire H. Anatomía Descriptiva y Topográfica. La Habana: Editora Universitaria 1961; t3:148-151.
12. Testut L, Jacob O. Anatomía Topográfica. Reimpreso por Isidro Fernández. Habana; 1949, t3: 848-875.

Dr. Carlos del Risco Turíño. Especialistas de I Grado de Angiología y Cirugía Vascular Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.