Luxación metacarpofalángica del pulgar en el niño. A propósito de un caso

Methacarpophalangeal luxation of the thumb in the child. A case presentation

Dr. Alejandro Álvarez López; Dra. Yenima García Lorenzo; Dr. René Mendoza Martínez; Dr. Juan F. Frómeta Martínez

Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba

RESUMEN

Se realiza la presentación de un niño con el diagnóstico de luxación metacarpofalángica del pulgar, al cual se le realizó reducción cerrada previa anestesia local, posteriormente colocamos vendaje enyesado por un período de evolución de cuatro semanas. El principal objetivo de este trabajo es realizar una revisión de esta enfermedad tan infrecuente en el niño, así como su importancia para el diagnóstico y posibles vías de tratamiento.

DeCS: LUXACIONES; PULGAR; NIÑO; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

Comes true the presentation of a little boy with the diagnosis of methacarpophalangeal luxation of the thumb, to the one that it came true to him closed previous reduction, anesthetize premises, at a later time we placed bandage plastered by a period of evolution of four weeks. The principal objective of this work is to accomplish a revision

of this so infrequent disease in the little boy, as well as his importance for the diagnosis and possible roads of treatment.

DeCS: LUXATIONS; THUMB; Little boy; INFORM OF CASE.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas y luxaciones de la mano en el niño constituyen una problemática algo distinta a la que se presenta en los adultos, debido a unas claras diferencias anatómicas, dentro de las que cabe destacar la presencia de abundante cartílago en las epífisis y fundamentalmente la presencia de la placa físiaria o cartílago de crecimiento, que permite la presentación de un tipo especial de fractura o luxación exclusiva en el niño. [1, 2]

Ante un niño con un traumatismo de la mano es importante una correcta exploración clínica, ya que la localización previa de la posible lesión nos facilitará el diagnóstico radiográfico de la misma. Sin embargo, en los niños la exploración puede ser difícil, porque suelen colaborar poco, de aquí que sea fundamental la historia clínica: ¿cómo se ha producido el traumatismo?, qué estaba haciendo? La exploración radiográfica es un complemento de la exploración clínica, pero hay que contar con que el niño puede presentar lesiones osteoarticulares de difícil visualización radiográfica dada la cantidad de cartílago articular que presenta. [1, 4]

Las luxaciones metacarpofalángicas en el niño no son lesiones frecuentes. Sin embargo, dentro de todas las luxaciones de la mano éstas son de las más comunes. La articulación metacarpofalángica es de tipo cotiloidea, lo cual favorece los movimientos de flexión, extensión, adducción, abducción y rotación. La estabilidad de esta articulación se debe a un complejo aparato capsuloligamentoso y musculotendinoso. Uno de los primeros en describir esta entidad fue Farabeuf el cual planeó tres grados: incompletas, completas simples y complejas. [1- 4] Debido a la escasa incidencia de este tipo de trauma en el niño nos proponemos el siguiente trabajo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 12 años de edad, blanco, masculino con antecedentes de salud anterior al cual le cae un objeto pesado en la mano que le causa hipertensión de la articulación metacarpofalángica. El paciente acude al cuerpo de guardia refiriendo gran dolor e impotencia funcional. Al examen físico se encontró hipertensión de la articulación metacarpofalángica acompañado de ligero aumento de volumen. Desde el punto de vista radiológico observamos la pérdida total de las relaciones anatómicas en la articulación metacarpofalángica, la falange proximal se encuentra en sentido dorsal con una angulación menor de 90 grados con respecto al metacarpiano correspondiente. (Figura 1)

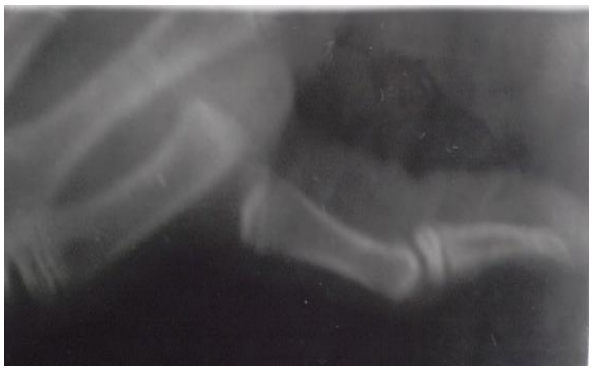

Figura 1. Luxación metacarpofalángica del pulgar.

Con el cuadro clínico y el apoyo de la radiografía llegamos al diagnóstico de luxación metacarpofalángica del pulgar de la variedad completa simple. El paciente es llevado al salón de cirugía menor donde con el uso de anestesia local realizamos la reducción mediante tracción, ligera flexión, y adducción para relajar el flexor corto del pulgar. Comprobamos la reducción desde el punto de vista clínico y radiológico. Luego colocamos férula de yeso para el primer dedo. A los siete días completamos el enyesado por un período de cuatro semanas en total. Al término de este tiempo el paciente no presentó dolor ni inestabilidad de la articulación.

DISCUSIÓN

La placa volar de la falange proximal es dañada proximalmente en todos los casos. En la luxación incompleta los ligamentos colaterales están intactos a la cabeza del metacarpiano, el cual no ha pasado a través de la cápsula volar. En la variedad completa simple los ligamentos colaterales se rompen parcial o completamente y la placa volar no se interpone entre los huesos luxados. En las completas complejas la falange proximal y el metacarpiano están paralelos, la placa volar se encuentra entre la base de la falange proximal y la cabeza del metacarpiano, la cual está atrapada por el flexor corto del pulgar. Esta variedad se caracteriza por la presencia de deformidad en bayoneta y gran eminencia tenar. [1- 4, 5]

Las variedades incompletas y completas simples pueden ser manejadas conservadoramente; sin embargo, las completas complejas requieren reducción abierta mediante un abordaje volar, el cual se puede extender proximalmente al borde radial del primer metacarpiano, debe tomarse mucho cuidado de no lesionar los nervios interdigitales. La reconstrucción o reparación de los ligamentos colaterales es raramente necesaria, luego debe ser colocada una inmovilización enyesada por un periodo que puede variar de 3 a 6 semanas. [2, 4, 6 – 11]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obrien ET. Fractures and Dislocations of the Hand. En: Rockwood CA, Wilkins KE, King RE. Fractures in Children. 3 ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1991.p. 359 – 69

2. Waters PM. Pediatric Hand Fractures. En: Staheli LT. Pediatric Orthopaedic Secrets. Philadelphia. Hanley & Belfus.1998; 158 – 60.

3. Dray GJ, Eaton DE. Dislocation and Ligament Injuries in the Digits. En: Green DP. Operative Hand Surgery. New York: Churchill Livingstone; 1993.p. 781 – 90.

4. Trumble TE. Hand Surgery and Therapy. Philadelphia: WB Saunders; 2001.p. 41- 8.

5. Armstrong PF, Joughim VE. Pediatric Fractures of the Forearm, Wrist and Hand. En: Green NE, Swiontkowski MF. Skeletal Trauma in Children. Philadelphia. WB Saunders. 1998; 252- 53.

6. Devito DP. Management of fractures and their complications. En: Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winters Pediatric Orthopaedics. 4 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1264- 66.

7. Minguella J. Lesiones traumáticas de la mano. En: Pablos J, Herranz PG. Apuntes sobre fracturas infantiles. Madrid: Ediciones Ergón; 1999.p. 191- 7.
8. Nusem I, Lokiel F. Isolated Dislocation of the Thumb. Carpometacarpal. Joint in a Child. J Pediatr Orthop(B) 2001; 10(2):158- 60.
9. Qui YQ. Complex Volar Dislocation of the Metacarpophalangeal. Joint of the Thumb. Ann Plast Surg 1999; 42(2):225- 6.
10. Glowacki KA, Hansman M, Katarincic JA. Wrist and Hand: Trauma. En: Noval KJ. Orthopaedics Knowledge Update 7. Illinois. Am Acad Orthop Surg 2002; 346.
11. Simoniam PT, Trumble TE. Traumatic Dislocation of the Thumb Carpomatacarpal Joint: Early Ligamentous Reconstruction versus Closed Reduction and Pinning. J Hand Surg (AM).1996;21:802 – 6.

Recibido: 18 de marzo de 2003
Aprobado: 26 de noviembre de 2003

Dr. Alejandro Álvarez López. Especialista de I grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba
Email: scps@shine.cmw.sld.cu