

Hospital General Docente

"Dr. Ernesto Guevara de la Serna" Las Tunas, Cuba

Ruptura muscular del flexor profundo del V dedo de la mano derecha

Dr. Juan Vicente Quesada Musa¹ y Dr. Eraclio Delgado Rifá¹

Quesada Musa JV, Delgado Rifá E. Ruptura muscular del flexor profundo del V dedo de la mano derecha. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2005;19(2)

Resumen

Paciente masculino de 40 años de edad, mecánico de profesión, al que un traumatismo de alta intensidad le provocó de forma repentina hiperextensión forzada de los dedos de la mano derecha, lo que originó ruptura musculotendinosa del flexor profundo del quinto dedo. Se comenta acerca de las características de esta lesión.

Palabras clave: ruptura musculotendinosa, flexores, mano.

Las rupturas musculares pueden observarse como lesiones acompañantes de graves traumatismos en pacientes politraumatizados, pueden aparecer como síndrome asociado o una entidad nosológica.^{1, 2} Por lo general, se presentan en los deportistas en edades superiores a los 40 años. El mecanismo de producción suele ser un movimiento brusco o incoordinado o un traumatismo de elevada intensidad, asimismo puede ocurrir en músculos o tendones dañados previamente, con alteraciones degenerativas, inflamatorias o calcificaciones ante microtraumatismos repetitivos o traumas de menor intensidad.

Conceptualmente, la ruptura muscular es la pérdida anatómica normal de músculos o tendones. (Arango G. Conferencias sobre traumas del deportista. Hospital Nacional Docente "Frank País. La Habana, Cuba. 1982).(Candebat Candebat CR. Conferencias sobre lesiones en los tendones y sus vainas. Hospital docente "Frank País". La Habana, Cuba. 1982).

La gimnástica, el levantamiento de pesas y el judo predisponen a las lesiones musculotendinosas del miembro superior, sin embargo, el atletismo en sus diferentes disciplinas, el fútbol y el béisbol predisponen a rupturas musculotendinosas del miembro inferior. El dolor intenso, el aumento de volumen, el hematoma, la impotencia funcional, el signo del hachazo y la claudicación (en caso de miembros inferiores) son los signos y síntomas más frecuentes que acompañan el cuadro clínico de estas

lesiones.(Álvarez Cambras R. Conferencias sobre técnicas quirúrgicas ante los traumas del deportista. Hospital Nacional Docente "Frank País". La Habana, Cuba.1981).

Como principio terapéutico general, cuando se trata de rupturas musculares, casi todas serán quirúrgicas y si se trata de rupturas tendinosas, siempre serán quirúrgicas.³

En el miembro superior son frecuentes la ruptura del manguito rotador, la ruptura del supraespinoso y la del bíceps braquial tanto en su tercio medio como en su inserción inferior. En el miembro inferior las más frecuentes son la ruptura del músculo cuádriceps crural, la de los músculos isquiotibiales y la del tríceps sural.⁴⁻⁶

A continuación se presenta el caso de un paciente joven al que un traumatismo de alta intensidad le provocó ruptura muscular del flexor profundo del quinto dedo de la mano derecha.

Presentacion del caso

Paciente masculino de 40 años de edad, mecánico de profesión, que realizando su trabajo trató de detener con su mano derecha un objeto pesado que caía de cierta altura, lo cual le provocó hiperextensión forzada de la muñeca y los dedos. Inmediatamente comenzó a presentar dolor intenso en la cara ventral del antebrazo y en la cara palmar de la mano a nivel del cuarto y quinto dedos. En consulta se notó con posterioridad que no podía hacer la flexión activa del quinto dedo.

Luego de la primera valoración se pensó que el déficit motor era antálgico, se inmovilizó y se citó para consulta externa. A la semana en el examen físico mantenía imposibilidad activa de la falange distal del quinto dedo, el dolor era menos intenso y se localizaba en la región flexora del antebrazo, además presentaba en la contracción activa de los flexores, un surco longitudinal en el tercio inferior de la misma zona del antebrazo (fig. 1).



FIG. 1. Surco longitudinal en el tercio inferior del antebrazo.

Se consideró la ruptura muscular del flexor profundo del quinto dedo, se realizó exploración quirúrgica y se comprobó ruptura cerca de la unión musculotendinosa del referido músculo (fig.2). Se realizó la reparación quirúrgica con inmovilización por 3 semanas y rehabilitación posterior con resultados finales satisfactorios (fig. 3).



FIG. 2. Ruptura músculotendinosa en la exploración quirúrgica.



FIG. 3. Posoperatorio a los 28 días.

Discusión

Muchos autores hacen referencia a la elevada frecuencia con que se presentan las rupturas musculotendinosas, aunque muchas de estas lesiones pasan inadvertidas, fundamentalmente cuando son leves.¹⁻⁶ (Harris HCE. Lesiones presentadas en atletas de alto rendimiento en la EID de Santiago de Cuba. 1977).

A pesar de que cualquier músculo o tendón puede sufrir esta lesión ante movimientos incoordinados o traumatismos de alta intensidad, no se halló en la literatura consultada ni en la experiencia personal de los colegas del Centro, informes sobre este tipo de lesión, lo que motivó el estudio del tema.

Inicialmente se consideró que se trataba de un arrancamiento del tendón en su inserción distal, pues un tendón supuestamente sano difícilmente se rompe. En la mayoría de los pacientes por no decir siempre, una violencia externa de gran intensidad como en este caso provoca el arrancamiento del tendón en su punto de inserción. Esta posibilidad fue descartada tanto clínica como radiológicamente (fig. 4).



FIG. 4. Radiografía sin alteraciones óseas de la mano.

En el paciente de referencia, el mecanismo de producción justificaba perfectamente una ruptura musculotendinosa. Existía primariamente una contractura intensa de la musculatura flexora, dada por el trabajo agotador que realizaba y seguidamente de forma repentina el accidente ocurrido provocó una distensión o estiramiento del músculo por la hiperextensión de los dedos e incidió de forma exagerada en el 5to dedo, por carecer este de la protección y estabilidad que poseen los dedos centrales de la mano.

Partiendo del principio de que los músculos se rompen con más frecuencia que los tendones en los pacientes jóvenes y del examen físico minucioso realizado posteriormente en consulta, se planteó la posibilidad de una ruptura al nivel de la unión musculotendinosa, lo cual se comprobó en el acto quirúrgico.

La infrecuencia con que se presenta la ruptura de músculos flexores de los dedos de la mano puso de manifiesto la excepcionalidad del caso, del cual no se halló ningún reporte en la literatura consultada ni un antecedente similar en la experiencia del resto del colectivo médico del CCOI . Fue una curiosidad profesional en la experiencia pesonal del autor, que pudiera contribuir a la formación docente de los especialistas.

Summary

Muscular rupture of deep flexor of the fifth finger of the right hand

This paper presented the case of a 40 years-old mechanic who was affected by a highly intensive trauma that suddenly caused a forced hyperextension of the right hand fingers, which brought about musculotendinous rupture of the fifth finger deep flexor. Comments were made on the characteristics of this lesion.

Key words: rupture, musculotendinous, flexors, hand.

Résumé

Rupture du muscle fléchisseur profond du cinquième doigt de la main droite

Un patient du sexe masculin, âgé de 40 ans, mécanicien, atteint d'hyperextension des doigts de la main droite, due à un traumatisme violent, lui ayant provoqué une rupture musculo-tendineuse du muscle fléchisseur profond du cinquième doigt, est présenté. On aborde les caractéristiques de cette lésion.

Mots clés: rupture musculo-tendineuse, fléchisseurs, main

Referencias bibliográficas

1. Lange M. Afecciones del aparato locomotor. T 3 . Barcelona: Jims; 1969 p. 1-20.
2. Campbell's Operative Orthopaedic . Lesiones de los tendones flexores y extensores de la mano. Part XV. 9na ed. Madrid: Mosby; 2000 p. 3331-46.
3. Adams BD. Staging extensor tendon reconstruction in the finger. J Hand Surg. 1997;22A:833.
4. Cheung KMC, Chow SP. Closed avulsion of both flexor tendons of the ring finger. J Hand Surg. 1995;20B:78.
5. Harris HCE. Traumatología del deporte. Santiago de Cuba: Edit Oriente; 1999 p. 164-77.
6. Stahl S, Goldberg JA, Lerner A. Flexor tendon lengthening in zone II injuries. Ann Plast Surg. 1999;43:265.

Recibido:2 de febrero de 2005. Aprobado: 19 de septiembre de 2005.

Dr. *Juan Vicente Quesada Musa*. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Ave. 2 de Diciembre No. 1. Las Tunas, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.**