

APUNTS. MEDICINA DE L'ESPORT.
2002; 140: 43-44

Luxación irreductible de la articulación interfalángica proximal del quinto dedo de la mano. A propósito de un caso

J.A. FERNÁNDEZ-VALENCIA,
A. COMBALÍA

Servicio de Cirugía Ortopédica
y Traumatología
Institut Clínic de l'Aparell
Locomotor.
Hospital Clínic i Universitari de
Barcelona.

CORRESPONDENCIA:

J.A. Fernández-Valencia
Servicio de Cirugía Ortopédica y
Traumatología
Instituto Clínico del Aparato
Locomotor
C/Villarroel 170 – 08036 Barcelona
Tel. 932275400 (ext. 3050)
e-mail: jafernan@clinic.ub.es

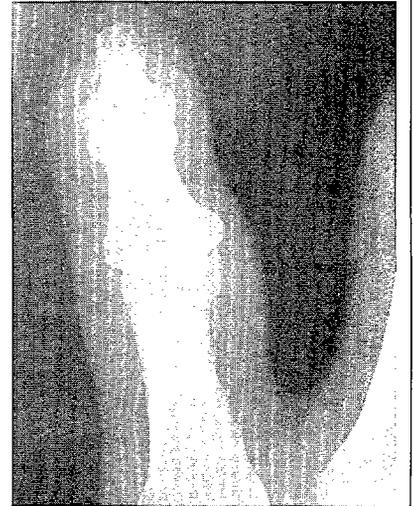
INTRODUCCION

La luxación de una articulación interfalángica es una lesión relativamente frecuente en el voleibol, el baloncesto, el kárate y el judo, llegando a representar hasta el 3% de las lesiones acontecidas en la práctica de estos deportes⁵. La facilidad con la que responden al tratamiento mediante manipulación, hace que frecuentemente se efectúen maniobras de reducción en el propio campo de juego, consiguiéndose la reposición de la articulación en su lugar. Sin embargo, y de forma excepcional, la reducción mediante manipulación cerrada no se consigue, y en estos casos puede estar indicada su reducción quirúrgica. Presentamos un caso de luxación rotacional de la articulación interfalángica proximal del quinto dedo de la mano en un judoka, en el que la radiografía simple proporciona imágenes características que resultan clave para orientar el diagnóstico y la indicación de tratamiento.

CASO CLINICO

Paciente varón de 32 años que sufrió una torsión en el quinto dedo de la mano derecha practicando judo. Acudió por dolor, deformidad e impotencia funcional en dicho dedo, y refería haber intentado él mismo la reducción, y posteriormente un compañero de su disciplina deportiva. El estudio radiológico reveló una luxación volar de la articulación interfalángica proximal del quinto dedo de la mano derecha. Se observó un discreto desplazamiento cubital en la radiografía anteroposterior (Fig.1) y un desplazamiento rotacional de la segunda falange respecto de la primera en la radiografía de perfil (Fig.2), sin presencia de fractura. Ante la sospecha de una luxación rotatoria de la articulación interfalángica se procedió a efectuar maniobras clásicas de reducción que resultaron infructuosas, indicándose finalmente la reducción mediante una intervención quirúrgica a cielo abierto. En la intervención quirúrgica se confirmó el diagnóstico

Figura 1 Radiografía anteroposterior del quinto dedo. Luxación de la articulación interfalángica proximal con desplazamiento cubital de la segunda falange.



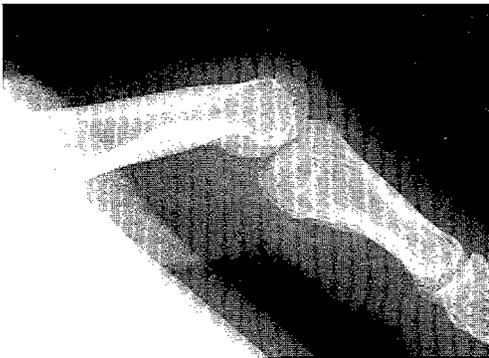
de luxación rotatoria, observándose cómo la cabeza de la primera falange se encontraba atrapada entre la bandeleta central y lateral del tendón extensor y el ligamento colateral externo presentaba una ruptura completa. La reducción se realizó fácilmente con la exposición quirúrgica y se reparó el ligamento colateral roto. Se aplicó una inmovilización mediante una sonda al cuarto dedo, iniciándose movilización pasiva el segundo día y activa a partir del quinto día. El resultado funcional a las 4 semanas fue satisfactorio, con reincorporación plena en sus actividades deportivas.

COMENTARIOS

Las luxaciones interfalángicas pueden ser clasificadas como reductibles o irreductibles y como dorsales, volares o laterales, siendo la mayoría de ellas generalmente reductibles¹. La luxación dorsal (desplazamiento dorsal de la falange distal respecto de la proximal) es la más frecuente¹. Sin embargo el caso presentado es debido a una subluxación rotatoria, incluida dentro del grupo de las luxaciones volares^{4,6,7,9}, y considerada en términos generales como irreductible. El resultado

Figura 11

Radiografía perfil del quinto dedo. Imagen característica de la luxación rotatoria: se observa una rotación de la primera falange respecto de la segunda, estando ésta un perfil estricto.



anatomopatológico que explica la irreductibilidad de esta lesión consiste en la salida de un cóndilo de la cabeza de la falange proximal a través de un defecto en el aparato extensor, entre la bandeleta central y la lateral. Ambas permanecen intactas y actúan a modo de ojal cuando se intenta la reducción mediante tracción simple^{3,8,12}. Más raramente la imposibilidad de reducción se explica por otras causas, como la interposición de tejidos blandos o de fragmentos óseos.

En el caso de la luxación rotatoria, la clave diagnóstica radica en realizar una ra-

diografía en perfil estricto de la segunda falange; se observará una rotación en la primera falange respecto a la segunda o viceversa^{1,8,12}.

La reducción mediante manipulación cerrada es muy difícil. Thompson y Eaton¹¹ describieron una maniobra basada en la relajación de bandeleta externa, con el fin de que ésta se desplace con mayor facilidad hacia el dorso. La maniobra consiste en aplicar una ligera torsión y tracción a la articulación mientras se mantiene las articulaciones metacarpofalángica e interfalángica en flexión, todo ello bajo

anestesia troncular. Adicionalmente se puede conseguir mayor relajación del aparato extensor mediante la extensión de la muñeca. La reducción se acompaña de un chasquido audible y tras el mismo la recuperación de la movilidad es completa. Se debe confirmar la reducción con las radiografías de control, especialmente con un perfil estricto del dedo afecto. Si la articulación se ha reducido, no precisa de inmovilización y la movilización activa puede iniciarse inmediatamente con una sindactilia a uno de los dedos adyacentes. Se recomienda un seguimiento posterior en es-

tos casos, ya que en ocasiones la bandeleta central puede presentar una ruptura parcial con aparición posterior de una deformidad en boutonnière como secuela.

Sin embargo, el tratamiento universalmente aceptado es el quirúrgico, ya que la reducción no acostumbra a conseguirse mediante manipulación cerrada^{2,3,4,10,12}. Se accede a la articulación a través de una incisión dorsal curvada, que permite una adecuada visualización de toda la aponeurosis. Es relativamente sencillo realizar la reducción del cóndilo bajo visión directa retrayendo la bandeleta externa y deslizando sobre el cóndilo hacia el dorso. Se debe inspeccionar el ligamento colateral, ya que debe repararse en aquellos casos en los que se encuentre lesionado. Inmediatamente tras la reducción, la articulación se debe dejar mover libremente de forma pasiva. Debido a que la bandeleta central se encuentra intacta, se requiere una mínima inmovilización en el postoperatorio y se recomienda iniciar la movilización activa en 3 ó 4 días tras la intervención. En aquellos casos en los que se haya reparado el ligamento colateral, una sindactilia a uno de los dedos adyacentes durante 3 ó 4 semanas facilitará una adecuada protección^{2,4}.

Bibliografía

- Bailie DS, Benson LS, Marymont JV. Proximal interphalangeal joint injuries of the hand. Part I: anatomy and diagnosis. *Am J Orthop* 1996; 25(7): 474-477.
- Benson LS, Bailie DS. Proximal interphalangeal joint injuries of the hand. Part II: Treatment and complications. *Am J Orthop* 1996; 25(8): 527-530.
- Degreef I, De Smet L, Fabry G. Volar dislocation of the proximal interphalangeal joint of the finger: an indication for urgent operative treatment. *Acta Orthop Belg* 1999; 65(1): 113-115.
- Freiberg A, Pollard BA, Macdonald MR, Duncan MJ. Management of proximal interphalangeal joint injuries. *J Trauma* 1999; 46(3): 523-528.
- Kujala UM, Taimela S, Antti-Poika I, Orava S, Tuominen R, Myllynen P. Acute injuries in soccer, ice hockey, volleyball, basketball, judo, and karate: analysis of national registry data. *BMJ* 1995; 311: 1465-1468.
- Murakami Y. Irreducible volar dislocation of the proximal interphalangeal joint of the finger. *Hand* 1974; 6(1): 87-90.
- Neviaser RJ, Wilson JN. Interposition of the extensor tendon resulting in persistent subluxation of the proximal interphalangeal joint of the finger. *Clin Orthop* 1972; 83: 118-20.
- Ostrowski DM, Neimkin RJ. Irreducible palmar dislocation of the proximal interphalangeal joint. A case report. *Orthopedics* 1985; 8(1): 84-86.
- Posner MA, Wilenski M. Irreducible volar dislocation of the proximal interphalangeal joint of a finger caused by interposition of the intact central slip: a case report. *J Bone Joint Surg Am* 1978; 60(1): 133-134.
- Tekkis PP, Kessar N, Enchill-Yawson M, Mani GV, Gavalas M. Palmar dislocation of the proximal interphalangeal joint: an injury not to be missed. *J Accid Emerg Med* 1999; 16(6): 431-432.
- Thompson JS, Eaton RG. Volar dislocation of the proximal interphalangeal joint. *J Hand Surg* 1977; 2: 232.
- Wang KC, Hsu KY, Shih CH. Irreducible volar rotatory dislocation of the proximal interphalangeal joint. *Orthop Rev* 1994; 23(11): 886-888.