

INTRODUCCIO

La luxació d'una articulació interfalàngica és una lesió relativament freqüent en el voleibol, el bàsquet, el karate i el judo, arribant a representar fins el 3% de les lesions produïdes durant la pràctica d'aquests esports.⁵ La facilitat amb la que responen al tractament mitjançant manipulació, fa que tot sovint es realitzin maniobres de reproducció en el propi terreny de joc, aconseguint-se la reposició de l'articulació al seu lloc. Tanmateix, i de forma excepcional, la reducció per manipulació tancada no s'aconsegueix i, en aquests casos, pot estar indicada la seva reducció quirúrgica. Presentem un cas de luxació rotacional de l'articulació interfalàngica proximal del cinquè dit de la mà en un judoka que, on la radiografia, proporciona imatges característiques que resulten clau per orientar el diagnòstic i la indicació de tractament.

CAS CLINIC

Pacient home de 32 anys que va patir una torsió en el cinquè dit de la mà dreta practicant judo. Va acudir per dolor, deformitat i impotència funcional en aquest dit, i referia haver intentat ell mateix la reducció, i després un company de la seva disciplina esportiva. L'estudi radiològic va mostrar una luxació volar de l'articulació interfalàngica proximal del cinquè dit de la mà dreta. Es va observar un discret desplaçament cubital en la radiografia anteroposterior (Fig. 1) i un desplaçament rotacional de la segona falange respecte de la primera en la radiografia de perfil (Fig. 2), sense presència de fractura. Amb la sospita d'una luxació rotatòria de l'articulació interfalàngica es va procedir a efectuar unes maniobres clàssiques de reducció que van resultar infructuoses, indicant-se finalment la reducció mitjançant una intervenció quirúrgica a cel obert. En la intervenció quirúrgica es va confirmar el diagnòstic de luxació rotatòria, observant-se com el cap de la primera

Figura 1 Radiografia anteroposterior del cinquè dit. Luxació de l'articulació interfalàngica proximal amb desplaçament cubital de la segona falange.



falange es trobava atrapada entre la bandeleta central i lateral del tendó extensor i el lligament col·lateral extern presentava un trencament complet. La reducció es va fer fàcilment amb l'exposició quirúrgica i es va reparar el lligament col·lateral trencat. Es va aplicar una immobilització mitjançant una sindactília al quart dit, iniciant-se mobilització passiva el segon dia i activa a partir del cinquè. El resultat funcional a les 4 setmanes va ser satisfactori, amb reincorporació plena en les seves activitats esportives.

COMENTARIS

Les luxacions interfalàngiques poden classificar-se com reductible o irreductible y com dorsals, volars o laterals, essent la majoria d'elles generalment reductibles.¹ La luxació dorsal (desplaçament dorsal de la falange distal respecte de la proximal) és la més freqüent.⁴ Tanmateix, el cas presentat és degut a una subluxació rotatòria, inclosa dintre del grup de les luxacions volars^{4,6,7,9} i considerada en termes generals com irreductible. El resultat anatomopatològic que explica la irreductibilitat d'aquesta lesió consisteix en la sortida d'un còndil del cap de la

Luxació irreductible de l'articulació interfalàngica proximal del cinquè dit de la mà. A propòsit d'un cas

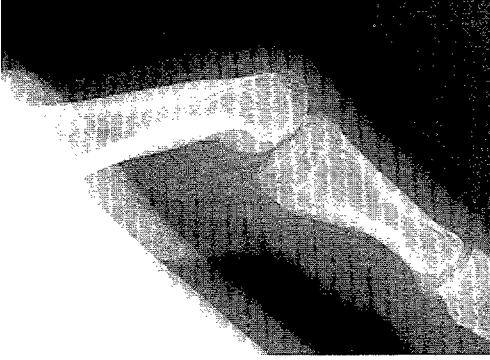
J.A. FERNÁNDEZ-VALENCIA,
A. COMBALÍA

Servei de Cirurgia ortopèdica i
traumatologia
Institut Clínic de l'aparell
locomotor
Hospital Clínic de Barcelona

CORRESPONDÈNCIA:

J.A. Fernández-Valencia
Servei de Cirurgia Ortopèdica
i Traumatologia
Institut Clínic de l'Aparell Locomotor
Hospital Clínic de Barcelona
C/Villarroel 170 08036 Barcelona
Tel. 932275400 (ext. 3050)
e-mail: jafernan@clinic.ub.es

Figura 11 Radiografia perfil del cinquè dit. Imatge característica de la luxació rotatòria: s'observa una rotació de la primera falange respecte de la segona, trobant-se aquesta en un perfil estRICTE.



falange proximal a través d'un defecte en l'aparell extensor, entre la bandeleta central i lateral. Ambdues segueixen intactes i actuen com un ullal quan s'intenta la reducció mitjançant tracció simple.^{3,8,12} Poques vegades, la impossibilitat de reducció s'explica per altres causes, com la interposició de teixits tous o de fragments ossis.

En el cas de la luxació rotatòria, la clau diagnòstica radica en realitzar una radiografia en perfil estRICTE de la segona falange; s'observarà una rotació en la pri-

mera falange respecte a la segona o viceversa.^{1,8,12}

La reducció mitjançant manipulació tancada és molt difícil. Thompson i Eaton¹¹ van descriure una maniobra basada en la relaxació de bandeleta externa, amb la finalitat que aquesta es desplaci amb més facilitat vers els dors. La maniobra consisteix en aplicar una lleugera torsió i tracció a l'articulació mentre es mantenen les articulacions metacarpofalàngiques i interfalàngiques en flexió, tot sota anestèsia troncular. Adicionalment es pot aconseguir una major

relaxació de l'aparell extensor mitjançant l'extensió del canell. La reducció s'acompanya d'un espetec audible, després del qual la recuperació de la mobilitat és completa. S'ha de confirmar la reducció amb les radiografies de control, especialment amb un perfil estRICTE del dit afectat. Si l'articulació s'ha reduït, no és necessària la immobilització, i la mobilització activa pot iniciar-se immediatament amb una sindactília a un dels dits adjacents. S'aconsella un seguiment posterior en aquests casos, donat que a vegades la

bandeleta central pot presentar un trencament parcial amb aparició posterior d'una deformitat en boutonnière com a seqüela.

Tanmateix, el tractament universalment acceptat és el quirúrgic, donat que la reducció no acostuma a ser possible mitjançant manipulació tancada.^{2,3,4,10,12} S'accedeix a l'articulació a través d'una incisió dorsal corbada, que permet una adient visualització de tota l'aponeurosis. És relativament senzill realitzar la reducció del còndil sota visió directa retraient la bandeleta externa i lliscant-la sobre el còndil vers el dors. S'ha d'inspeccionar el lligament col·lateral, doncs s'ha de reparar en aquells casos en els quals es trobi lesionat. Immediatament després de la reducció, l'articulació s'ha de deixar moure lliurement de forma passiva. Degut a què la bandeleta central es troba intacta, es requereix una mínima immobilització en el postoperatori i s'aconsella iniciar la mobilització activa en 3 o 4 dies després de la intervenció. En aquells casos en els quals s'hagi reparat el lligament col·lateral, una sindactília a un dels dits adjacents durant 3 o 4 setmanes facilitarà una adient protecció.^{2,4}

Bibliografia

- Baillie 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, Baillie 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.