

CIRUGÍA 4º DEDO

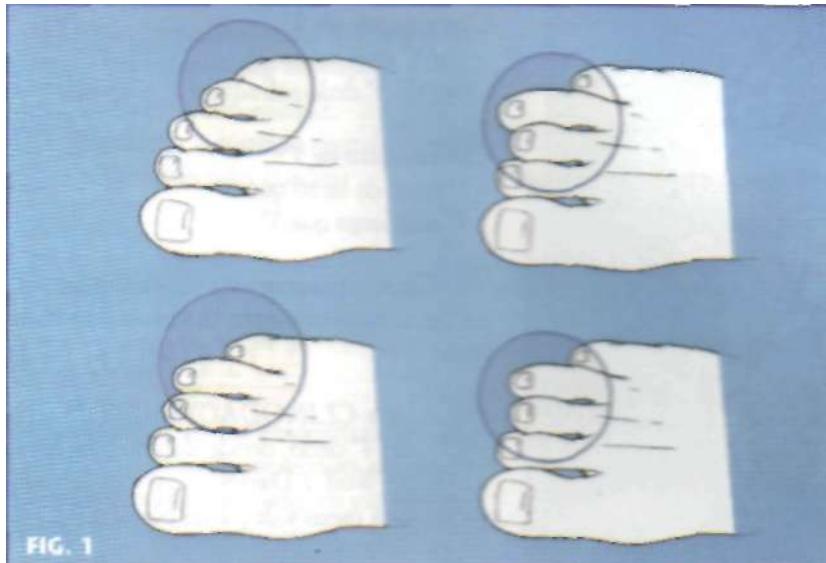


FIG. 1

INTRODUCCIÓN

Aunque se ha tratado ampliamente la cirugía digital, vamos a tratar de exponer ciertas peculiaridades que se asientan en el 4º dedo.

Las deformidades que podemos encontrar en los dedos menores son variadas; encontrándolas en el plano sagital, frontal o **transverso**; pueden ser estáticas o dinámicas, **rígidas** o flexibles lo que nos va a dar un **gran número de combinaciones**.

No obstante hay ciertas características que comprometen particularmente al 4º dedo:

- Fórmula digital,
- Fórmula que ocupa.
- Acción del calzado.

DEFINICIÓN

Simplificando las deformidades que encontramos en los dedos menores pueden ser:

- Dedo en martillo: deformación que implica dorsoflexión de la articulación metatarso-falángica con plantarflexión de la interfalángica proximal. encontrándose la interfalángica distal neutra o hiperextendida.
- Dedo en garra: encontrando plantarflexión de las articulaciones interfalángicas proximal y distal con dorsoflexión de la articulación metatarsofalángica.
- Dedo en mazo: Deformidad en plantarflexión de la articulación interfalángica distal.

De las características que hemos citado anteriormente, es la fórmula digital la que nos mostrará la deformidad del dedo.

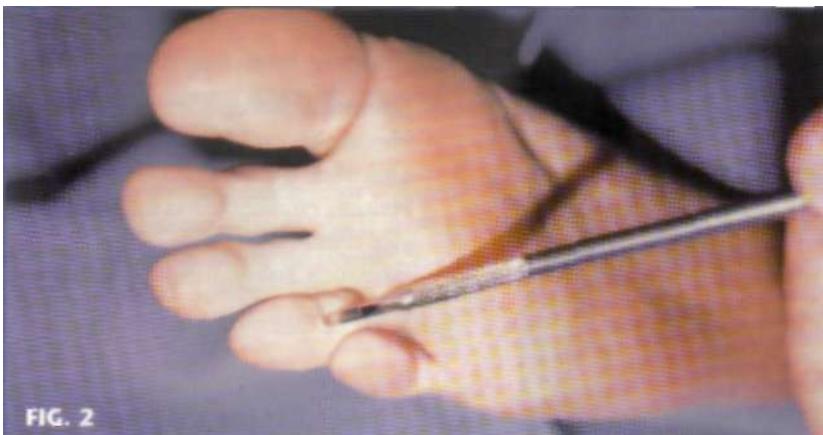


FIG. 2

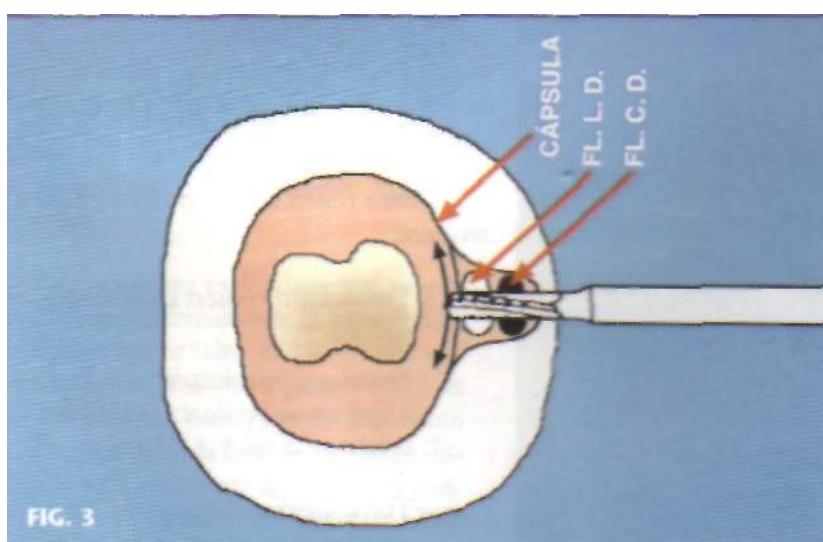


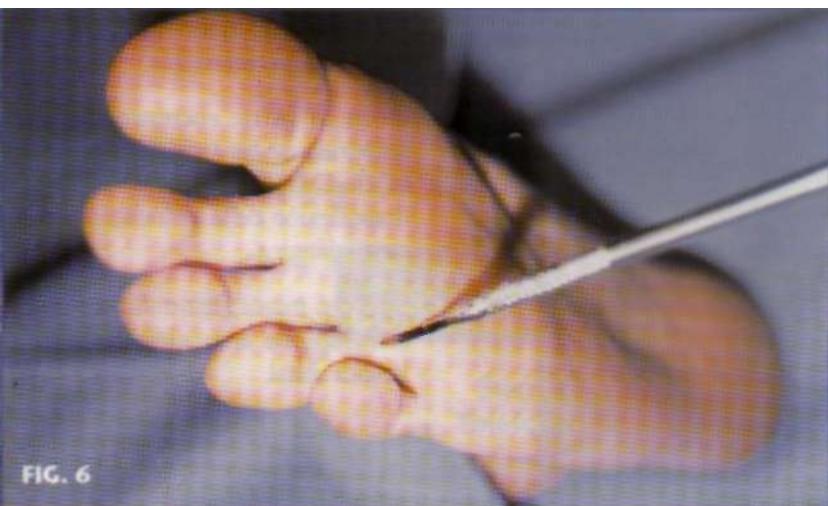
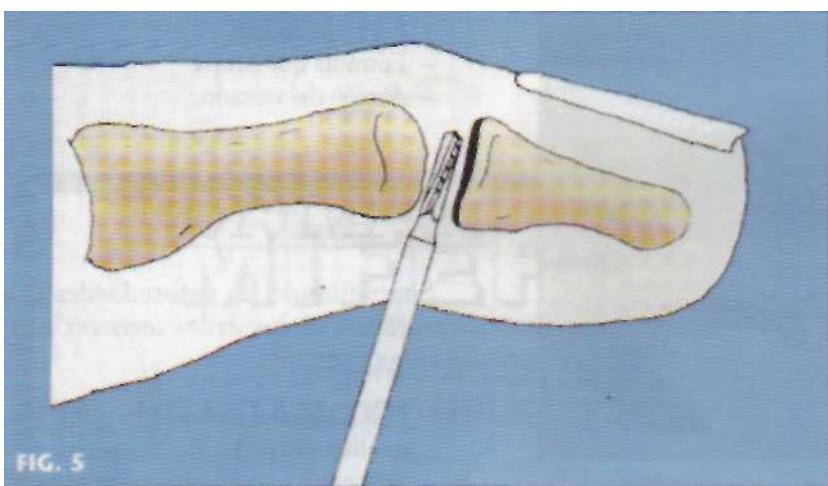
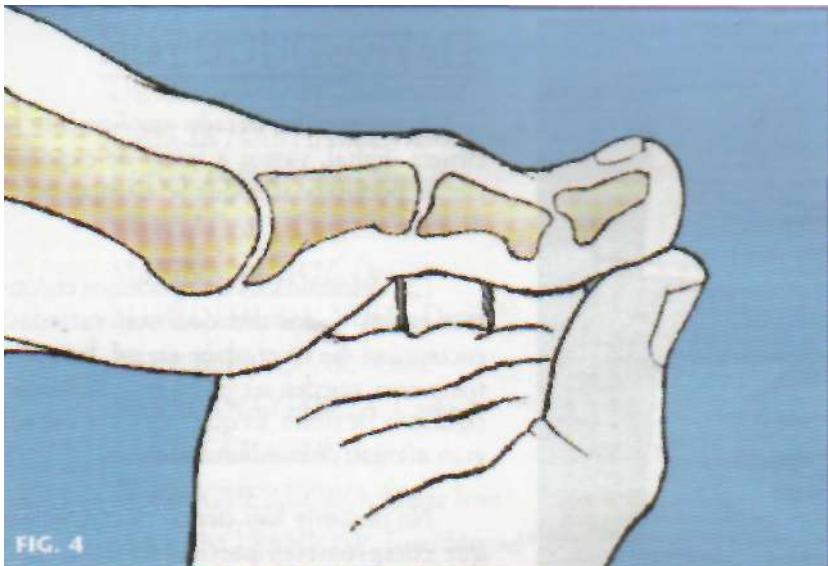
FIG. 3

Las principales deformidades en los dedos menores pueden ser:

Dedo en martillo.

Dedo en garra.

Dedo en mazo.



Obviando las posibles diferencias de longitud entre 1º y 2º dedo que encontramos en las distintas tipologías del pie, lo normal es una declinación del 2º dedo hacia el 5º, con pequeñas diferencias entre ellos, esto hace que los dedos se acomoden y no se produzcan deformidades.

Cuando este desnivel no es moderado es origen de deformidades. Las diferentes tipologías observadas pueden ser: (Fig. 1).

Con respecto de 5º:

por 5º muy corto

por un 5º dedo infradatus acomodado

Con respecto de 3º:

3º igual de largo que 4º

4º más largo que 3º

Como consecuencia de cualquiera de los casos anteriormente citados el resultado será:

- Una CLINODACTILIA DISTAL del 4º dedo, donde debido a las leyes de Wolf y Davies se producen cambios óseos y de partes blandas.

Esta clinodactilia puede presentar diferentes manifestaciones clínicas, como pueden ser:

- Heloma en borde libre de uña.
- Heloma en cara lateral del pulpejo.
- Onicolisis u onicodistrofias.
- Heloma en dorso de la art. interfalángica distal.
- Exóstosis subungueal en solitario o asociadas.

TRATAMIENTO

Existe una similitud entre esta deformidad y el dedo en mazo, ya que igualmente asienta a partir de la art. interfalángica distal.

Como tratamiento del dedo en mazo tenemos:

- Tratamiento conservador: ortosis de silicona.

En un estadio primario y encaminado a que no se produzca la rotación de la falange distal.

- Tratamiento quirúrgico: Una vez establecida la deformidad.

La mayor parte de los autores que hemos consultado abogan por una artroplastia de la articulación distal; o bien una artrodesis de la misma articulación mediante el resecado de las carillas articulares.

Estas técnicas son útiles cuando se aplican genéricamente a los dedos medios pero en el caso específico que nos ocupa existe un parámetro: la longitud que es patognomónico de la deformidad.

El tratamiento quirúrgico que nosotros aplicamos llevará pues dos objetivos:

1. Corregir la deformidad.
2. Modificar la fórmula digital que evite la recidiva del cuadro.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Basándonos en las enseñanzas del Dr. Isham realizaremos la corrección actuando tanto en partes blandas como en estructuras óseas.

Usando el abordaje plantar y utilizando el bisturí Beaver 64 (Fig. 2) a nivel de la articulación interfalángica distal se realiza (Fig. 3) tenotomía del flexor largo, así como capsulotomía plantar amplia.

En ese momento realizaremos la extensión forzada de dicha articulación (Fig. 4) lo que nos indicará el grado de liberación de las partes blandas. Cuando ésta sea efectiva procederemos a la corrección de las estructuras óseas.

Por el mismo abordaje utilizado y con ayuda de la fresa Shannon 44 modificada corta, y entrando en el espacio articular realizaremos un fresado de las carillas articulares (Fig. 5). Una vez que este ha sido efectivo procederemos a la vez que seguimos fresando a realizar la maniobra de situar la porción distal del dedo en posición anatómica correcta.

Esta maniobra es fundamental ya que con ella conseguiremos que la fresa realice una erosión mayor sobre el cóndilo que por la citada ley de Wolff haya podido tener un mayor desarrollo, consiguiendo finalmente que la resección de la base de la falange distal sea lo suficientemente agresiva en el punto necesario. Logrando así restaurar el eje normal del dedo en su porción distal.



FIG. 7

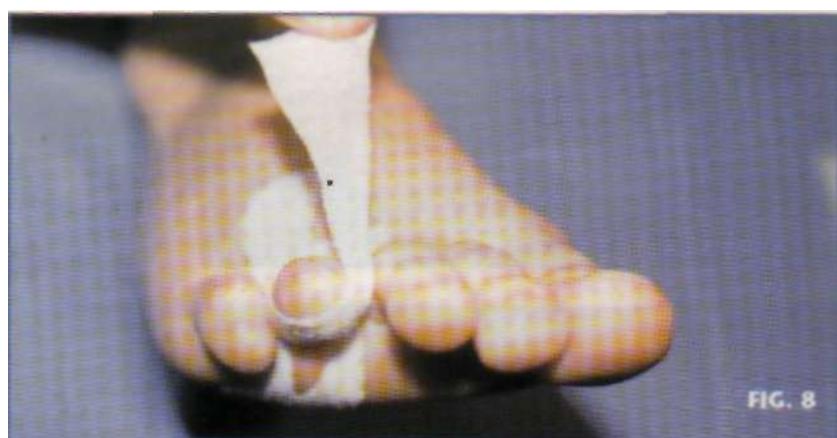


FIG. 8

ESTADÍSTICA

Muestra: 50 casos

Sexo: Mujeres 100%

Edad: 27-88 años

Edad Media: 64,5 años

Evolución: Hasta 5 años de evolución

Casuística: 6 casos afectación única.

44 casos conjunta con otras patologías.

46 casos afectación unilateral.

4 casos afectación bilateral.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Onicodistrofias	.....	10 casos
H. Periungueal	.....	40 casos
H. pulpejo	.....	30 casos
H. dorso-lateral	.....	1 caso

TRATAMIENTO

Artrodesis interfalángica	.....	12 pacientes
Osteotomía de 1º falange	.....	36 pacientes
Doble osteotomía	.....	2 pacientes
Partes blandas	.....

FIG. 9

FIG. 10

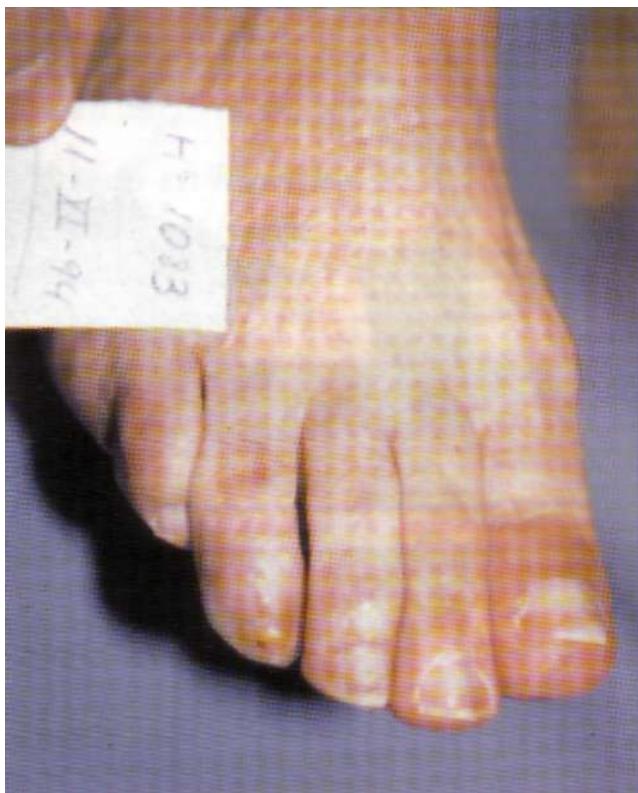


Imagen preoperatoria de la deformidad.

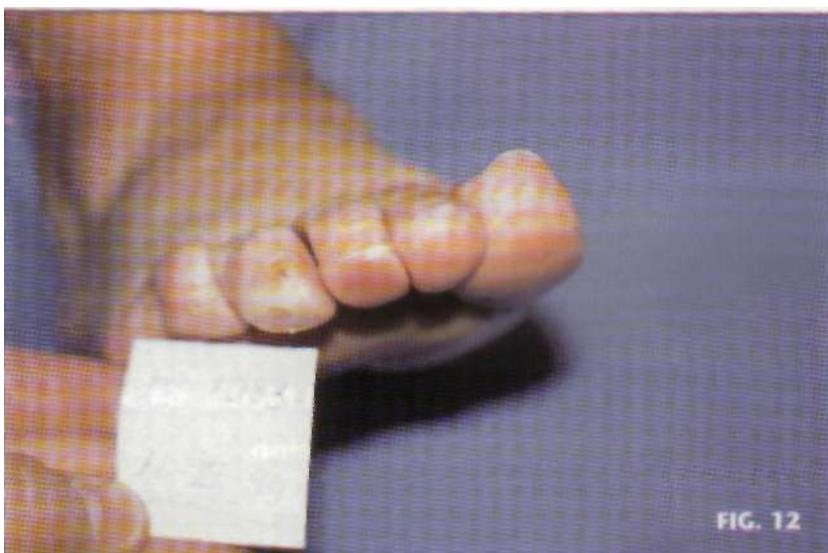


FIG. 12

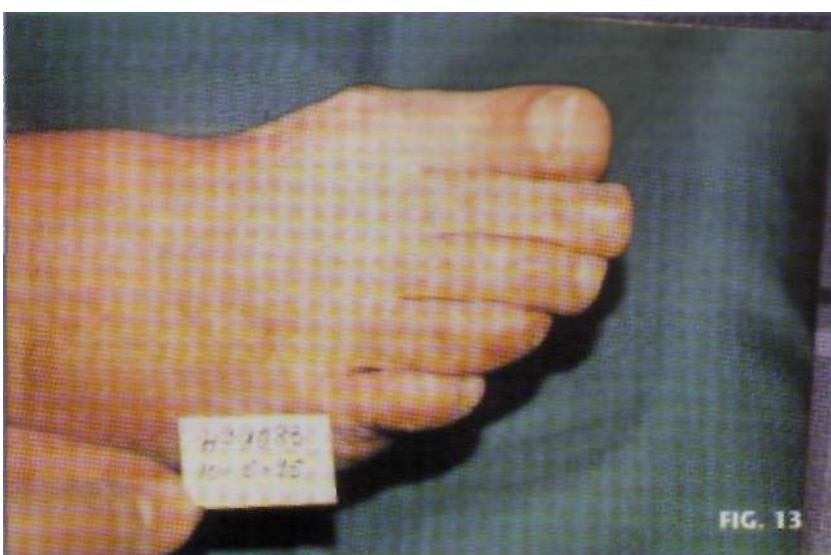


FIG. 13

Imagen postoperatoria, 6 meses de evolución.

Llegado a este punto habremos conseguido corregir la deformidad pero no así la longitud del dígito ya que con la técnica descrita el acortamiento habrá sido insuficiente; deberemos entonces utilizando de nuevo la hoja Beaver 64 y por abordaje plantar a nivel del tercio proximal de la diáfisis (Fig. 6) de la 1^ª falange incidir respetando las partes blandas hasta cortical, para ello colocaremos la hoja Beaver en sentido longitudinal al dedo. Por esta vía introduciremos la fresa Shannon 44 modificada corta y resbalando por cortical y así respetando las estructuras laterales procederemos a realizar un corte transversal de la diáfisis.

Con esta técnica y con fijación externa del vendaje habitual a base de cintas adhesivas en "Y", la inmovilización resulta efectiva con la consiguiente consolidación ósea y corrección de la deformidad (Fig. 7 y 8).

ESTADÍSTICA

El maestro se realizó entre 50 pacientes que presentaban algún tipo de deformidad con sintomatología clínica en el 4^º dedo; de lo que pudimos extraer los siguientes parámetros;

Edad: 27-88 años

Sexo: Mujeres 100%

Evolución: 5 años de evolución

Edad media: 64.5 años

Encontramos 6 casos en los que la deformidad es única y 44 casos en los que se encuentra asociada a otras patologías o deformidades.

Asimismo en 46 de los casos la afectación es unilateral y en 4 de ellos es bilateral (Fig. 9 y 10).

CONCLUSIONES

El motivo que ha originado este trabajo han sido nuestros propios errores ya que la no consideración de lo anteriormente citado, es decir fórmula digital, lugar que ocupa el dígito y la acción agresiva del calzado, produjeron resultados no satisfactorios para nosotros y para nuestros pacientes (Fig. 11, 12 y 13).