



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

216/48 - ¿Qué le pasa a mi dedo?

S.R. Castro Prieto^a, S. Crespo González^b, C. de la Hoz Regules^c, C. Cayón de las Cuevas^d, C. Fleitas Quintero^e y F.J. Álvarez Álvarez^f

^aMédico de Familia. CS Selaya. Cantabria. ^bMédico de Familia. CS Nueva Montaña. Santander. ^cMédico de Familia. CS Suances. Cantabria. ^dMédico de Familia. CS Sardinero. Cantabria. ^eMédico de Familia. CS Los Valles. Servicio Cántabro de Salud. ^fMédico de Familia. CS Nansa. Servicio Cántabro de Salud.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años que sufre agresión con traumatismo craneal y contusión costal y en mano derecha. Es valorado inicialmente en urgencias del hospital de referencia. Dos semanas más tarde acude a consulta de atención primaria por limitación progresiva de la movilidad del cuarto dedo de la mano derecha, se solicita una ecografía y se deriva al servicio de traumatología ante los resultados ecográficos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presenta contractura en flexión a 60° de articulación interfalángica proximal e incapacidad para la flexión y extensión completa a ese nivel. La radiografía realizada en urgencias descarta fracturas y alteraciones en la densidad ósea. La ecografía muestra distensión de la vaina del tendón del 4 dedo en relación con tenosinovitis, no hay soluciones de continuidad. A la altura de la falange media se aprecia una distancia entre la cortical ósea y los tendones de 3,8 mm que aumenta a 5,5 mm en las maniobras de contra resistencia lo cual es compatible con rotura completa de la polea de A2. No alteraciones del aparato extensor.

Juicio clínico: Rotura de la polea A2 en dedo de la mano derecha.

Diagnóstico diferencial: Rotura de tendón extensor y flexor, fractura y luxación de falange.

Comentario final: Según estudio biomecánicos las poleas A2 y A4 son esenciales para la función normal del aparato flexor del dedo, ya que por su ubicación son las más eficaces para evitar el desplazamiento palmar de los tendones y producir un fenómeno de cuerda de arco. Cuando esto se produce los tendones flexores adquieren mayor ventaja mecánica que los extensores, lo cual produce una limitación de la extensión activa completa. La rotura de la polea A2 se asocia con una pérdida de fuerza durante la flexión del dedo, pérdida de rango de movimiento, riesgo de rotura de otra polea adicional y desarrollo de contracturas en flexión a largo plazo. El diagnóstico se puede hacer clínicamente o con ayuda de ecografía o RMN. La ecografía tiene la ventaja de ser económica y no invasiva y permitir la interacción con el paciente durante el examen y la posibilidad de evaluar el sistema en diferentes grados de flexión. Existen estudios que demuestran una especificidad del 100% y una sensibilidad del 98% en detección de lesiones cerradas de polea A2. La polea deberá ser reconstruida quirúrgicamente para recuperar la biomecánica normal del dedo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lodoño JA, Naquira LF, Duque MP. Ruptura de la polea A2 luego de una cirugía para liberación de dedo en gatillo: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. 2014;28:120-7.