



CARTAS AL DIRECTOR

Dedo en martillo agudo



Acute hammer toe

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente de 32 años de edad que consultó en el Servicio de Urgencias por dolor e impotencia funcional en la falange distal del tercer dedo de la mano izquierda de aparición súbita mientras intentaba abrir una botella.

En la exploración física se evidenció dedo en martillo en la falange distal del tercer dedo. No se evidenció tumefacción ni hematoma: balance articular pasivo conservado (figs. 1 y 2). Se solicitó radiografía simple, que descartó la presencia de arrancamiento óseo (fig. 3). Con la orientación de dedo en martillo agudo se procedió a la inmovilización con férula digital simple en extensión de primera y segunda falange y se derivó al paciente a Traumatología para seguimiento y control. El paciente inició tratamiento rehabilitador a las 5 semanas.

La deformidad en martillo o *mallet finger* es una deformidad en flexión de la articulación interfalángica distal,

causada por una rotura del mecanismo extensor (ya sea por lesión del tendón extensor conjunto terminal o por fractura/avulsión ósea de la falange distal). Suele ser secundaria a un traumatismo directo sobre el dedo en hiperextensión. Puede ser causada también por traumatismos banales, por lo que inicialmente puede pasar desapercibida. En pacientes con hiperlaxitud puede aparecer conjuntamente la caída de la falange distal junto con hiperextensión de la falange proximal (deformidad en cuello de cisne).

Se debe realizar siempre una radiografía simple para descartar fracturas por avulsión en la base de la falange distal (sitio de inserción del tendón extensor).

El manejo inicial del dedo en martillo agudo en pacientes con traumatismo cerrado y lesión tendinosa aislada o avulsión de pequeño tamaño suele ser conservador: consiste en una inmovilización de la articulación interfalángica distal en extensión durante 6-8 semanas, seguidas de 4 semanas de férula nocturna¹. La mayoría de los pacientes vuelven a trabajar llevando la férula. La inmovilización se puede realizar con férula simple de aluminio que permita la flexión de la articulación interfalángica proximal o con férula de Stack (la férula de Stack no ha demostrado mejores resultados que la férula simple)². Pese a que durante años se



Figuras 1 y 2 Dedo en martillo. Tercer dedo de la mano izquierda.



Figura 3 Radiografía simple, sin evidencia de fractura o arrancamiento.

recomendó la inmovilización en hiperextensión, diferentes estudios han demostrado que esta puede causar isquemia de la piel en el dorso de la articulación, contribuyendo a la aparición de úlceras por presión³. La férula debe mantenerse y quitarse el mínimo de veces posible, pues eso aumenta el riesgo de recurrencia. Los casos con avulsión ósea de gran tamaño o lesiones abiertas suelen requerir tratamiento

quirúrgico. La derivación a Traumatología debe realizarse en todos los casos, siendo necesaria la derivación urgente solo en los casos de lesiones abiertas⁴.

En caso de lesiones crónicas (más de 5 semanas) se suele dar opción al tratamiento conservador hasta las 10 semanas, y posteriormente se plantea tratamiento quirúrgico. La rehabilitación se recomienda a partir de la quinta semana de inmovilización, con ejercicios de flexión suaves.

Bibliografía

1. Smit JM, Beets MR, Zeebregts CJ, Rood A, Welters CF. Treatment options for mallet finger: A review. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:1624-9.
2. Handoll HH, Vaghela MV. Interventions for treating mallet finger injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;3:CD004574.
3. Lalonde DH, Kozin S. Tendon disorders of the hand. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128:1e-4e.
4. Cheung K, Hatchell A, Thoma A. Approach to traumatic hand injuries for primary care physicians. *Can Fam Physician.* 2013;59:614-8.

D. García Font^a, B. de Pablo Márquez^{b,*}
y D. Pedrazas López^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Equip d'Atenció Primària Abrera, Abrera, Barcelona, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centre d'Atenció Primària Valldoreix, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com

(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.03.006>

Tuberculoma



Tuberculoma

Sr. Director:

Paciente de 40 años de edad, que consultó en Urgencias por cuadro de 3 días de evolución de tos seca y fiebre hasta 39°C.

Se trataba de un paciente sin alergias conocidas, fumador de un paquete al día durante 22 años, sin antecedentes patológicos ni familiares. Natural de Barcelona, trabajador de mozo de almacén, negaba contacto con animales ni viajes recientes.

En la exploración física destacaron roncus en hemitórax izquierdo, por lo que se solicitó radiografía de tórax (figs. 1 y 2), que mostró una imagen cavitada en el lóbulo superior izquierdo (flecha blanca).

Ante la sospecha diagnóstica de tuberculoma, se derivó al paciente a Unidad de Diagnóstico Rápido, donde se realizó una detección de bacilo de Koch en esputo que resultó positivo con reacción en cadena de la polimerasa positiva

y sensibilidad a rifampicina. Se realizó también una TAC torácica (fig. 3) para descartar patología maligna.

Se realizó estudio de contactos a nivel familiar y en trabajadores de la misma empresa, donde la esposa del paciente presentó derivado proteico purificado positivo con radiografía de tórax normal, iniciándose tratamiento con isoniazida + piridoxina. El resto de los estudios de contactos resultó negativo.

Se inició tratamiento con 4 fármacos (etambutol 165 mg, isoniazida 400 mg, rifampicina 275 mg, pirazinamida 75 mg), con buena evolución.

El tuberculoma o granuloma tuberculoso es un nódulo solitario, único o múltiple, de aspecto redondeado u ovalado y de 1-10 cm de diámetro. Se trata de una complicación infrecuente de la enfermedad tuberculosa, pudiendo constituir una manifestación tanto de la tuberculosis primaria como posprimaria¹.

Constituyen uno de los nódulos pulmonares benignos más comunes y a nivel pulmonar se localizan habitualmente en los lóbulos superiores. Pueden encontrarse también en otras localizaciones, como el sistema nervioso central (más frecuente), el intestino, el esófago, el hígado, el páncreas y el hueso.