

Deformidad en cuello de cisne postraumática. Tratamiento mediante reinserción de la placa volar.

Blázquez Martín, Teresa; Vicario de la Torre, Verónica; García Olivares, Jose Ignacio; Mardomingo Alonso, Alejandro.
Hospital Universitario del Sureste (Arganda del Rey, Madrid)



Objetivo:

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de deformidad en cuello de cisne asociada a una desinserción traumática de la placa volar y realizar una revisión de la literatura disponible.

Material y Metodología:

Mujer de 15 años, sin antecedentes personales de interés, que presentaba deformidad del quinto dedo de la mano derecha. Antecedente de traumatismo previos en hipertensión con un balón de baloncesto 1 año antes, con luxación de la interfalángica proximal (IFP) autorreducida y tratamiento posterior mediante sindactilia 3 semanas y movilización precoz.

A la exploración presentaba deformidad con hiperextensión IFP y flexión de la interfalángica distal, reductibles, con un balance articular completo y chasquido doloroso a la flexión. Tendones extensores y flexores competentes. Exploración neurovascular distal sin alteraciones.

En las radiografías simples, se observó hiperextensión de la articulación IFP sin lesiones óseas asociadas.



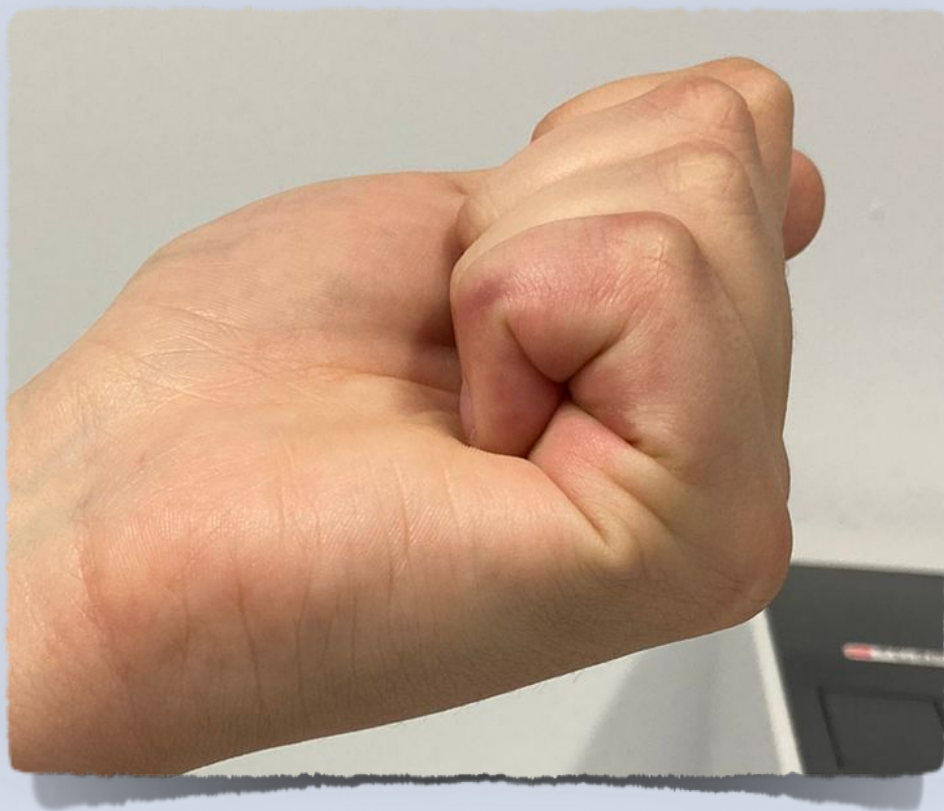
A través de un abordaje en zigzag de Brunner sobre la cara volar de la IFP, se realizó reinserción de la placa volar en la base de la falange media con un implante Juggerknot (Biomet). Se transfixió la articulación a aproximadamente 30 ° de flexión con una aguja de Kirschner.



Se inmovilizó con una férula de Zimmer digital durante 3 semanas, momento en el que se retiró la aguja de Kirschner. Posteriormente se autorizó la movilización activa y pasiva con sindactilia al cuarto dedo.

Resultados:

A las 6 semanas postoperatorias, la paciente presentó un balance articular completo e indoloro, sin chasquido ni deformidad, y ausencia de inestabilidad en extensión, manteniéndose asintomática a los 6 meses de la intervención.



Discusión:

La lesión por hiperextensión de la articulación IFP puede provocar la rotura de la placa volar y la cápsula volar, lo que puede desencadenar una insuficiencia crónica de las estructuras volares si no se trata de forma adecuada.

La lesión suele tolerarse inicialmente, hasta que el paciente experimenta dificultad para iniciar la flexión del dedo y chasquidos dolorosos cuando las bandas laterales se deslizan sobre los cóndilos de la falange proximal. Puede desarrollarse una deformidad en cuello de cisne del dedo y las superficies de articulares pueden degenerar con el tiempo, complicando el tratamiento.

El tratamiento conservador con ortesis que limite la hipertensión puede indicado en pacientes con deformidades leves en cuello de cisne y flexión activa completa de la articulación IFP.

Los objetivos del tratamiento quirúrgico incluyen restaurar la estabilidad de la IFP, prevenir la hipertensión, aliviar el dolor y optimizarle rango de movimiento.

En casos de deformidad persistente por hiperextensión de la articulación IFP, con cartilago articular y arquitectura articular razonablemente bien conservados, generalmente se considera la reparación directa de la placa volar, la cual ofrece la mejor oportunidad para la restauración precisa de la estabilidad articular y el equilibrio digital.

Sin embargo, la reparación primaria puede no ser posible debido a la retracción y atenuación del complejo capsuloligamentoso. La tenodesis está indicada en lesiones crónicas donde la reparación no es posible.

Otros procedimientos de preservación de la articulación como el injerto fascial o tendinoso puenteando la articulación y el avance del ligamento colateral son procedimientos en gran parte de interés histórico.

En casos de degeneración articular o contracturas articulares que no puedan corregirse pasivamente, puede estar indicada la artroplastia o artrodesis de la articulación IFP.

Conclusiones:

El tratamiento mediante reinserción de la placa volar es efectivo para corregir la deformidad, mejorar el dolor y aumentar la funcionalidad del dedo en la inestabilidad en hiperextensión postraumático de la articulación interfalángica proximal.

Bibliografía:

- McKeon KE, Lee DH. Posttraumatic Boutonnière and Swan Neck Deformities. *J Am Acad Orthop Surg.* 2015;23(10):623-32.
- Ko JH, Kalainov DM, Hsu LP, Fang RC, Mastey RD. Double lateral band transfer for treatment of traumatic hyperextension instability of the proximal interphalangeal joint: a report of two cases. *Hand (N Y).* 2012;7(1):108-13.
- Kaneshiro Y, Hidaka N, Fukuda M, Ota M, Akashi K. Late volar plate repair for chronic, post-traumatic hyperextension deformity of the proximal interphalangeal joint of the little finger. *J Plast Surg Hand Surg.* 2015;49(4):238-41.
- Rocchi L, Merendi G, Mingarelli L, Mancino F, Merolli A. A Flexor Digitorum Superficialis Tenodesis Technique for Surgical Treatment of Finger PIP Joint Volar Plate Chronic Avulsion. *J Hand Surg Asian Pac Vol.* 2019;24(2):195-201.
- Werlinrud JC, Petersen K, Lauritsen J, Larsen S, Schrøder H. A prospective randomized study of conservative versus surgical treatment of unstable palmar plate disruption in the proximal interphalangeal finger joint. *Strategies Trauma Limb Reconstr.* 2013;8(1):21-4.
- Caviglia D, Ciolli G, Fulchignoni C, Rocchi L. Chronic post-traumatic volar plate avulsions of the finger proximal interphalangeal joint: A literature review of different surgical techniques. *Orthop Rev (Pavia).* 2021;13(1):9058.
- Micev AJ, Saucedo JM, Kalainov DM, Wang L, Ma M, Yaffe MA. Surgical Techniques for Correction of Traumatic Hyperextension Instability of the Proximal Interphalangeal Joint: A Biomechanical Study. *J Hand Surg Am.* 2015;40(8):1631-7.
- Melone CP Jr, Polatsch DB, Beldner S, Khorsandi M. Volar plate repair for posttraumatic hyperextension deformity of the proximal interphalangeal joint. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2010;39(4):190-4.
- Swanstrom MM, Henn CM, Hearn KA, Carlson MG. Modified Sublimis Tenodesis: Surgical Technique for Treating Chronic Traumatic Proximal Interphalangeal Joint Hyperextension Instability. *Tech Hand Up Extrem Surg.* 2016;20(1):48-51.