

TERCER DEDO EN RESORTE CONGÉNITO BILATERAL EN UNA NIÑA DE 26 MESES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. A. Calcines Santana^{1,#}; B. Montero Páez^{1,#}; V. Vera Gutierrez², D. G^a-Padrón³, J. M. G^a-Castellano^{3,4,5,*}.

(1) Servicio de COT. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (2) Servicio de COT. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (3) Laboratorio de Oncología Molecular. Unidad de Investigación. (Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Gran Canaria). Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España (4) Servicio de C.O.T., Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España (5) Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (IUIBS), Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC)

Ambos autores contribuyeron por igual en este trabajo.

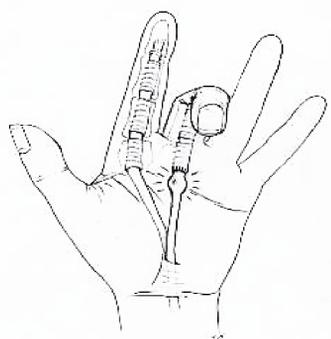
* Correspondencia: José Manuel García-Castellano MD, PhD, Servicio de C.O.T., Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (C. H. U. I. M. I.), Avenida Marítima, s/n 35016 - Las Palmas de G.C., España.: +34 928 444981. jmgc_61@yahoo.com.

Objetivo:

El dedo en gatillo es una tenosinovitis estenosante de los tendones flexores de los dedos de la mano a nivel la polea A1 (Figura 1) que produce bloqueo y limitación de la extensión (Figura 2),

Es una patología muy frecuente en el adulto, sobre todo mujeres, pero menos habitual en la infancia, donde el género es indiferente. En estos casos aparece normalmente en el pulgar, siendo la bilateralidad bastante infrecuente, sobre todo cuando aparece en los dedos largos.

En esta comunicación describimos el caso de una niña con un tercer dedo en resorte bilateral.



(Figura 1)



(Figura 2)

Paciente, material y métodos:

Presentamos el caso de una paciente de 26 meses de edad, sin antecedentes patológicos remitida al Servicio de Cirugía Ortopédica Infantil por deformidad en flexión del tercer dedo de ambas manos.

Tabla 1 Causas de dedo en gatillo congénito

Causas anatómicas:	1) Anomalía estructural del tendón: <ul style="list-style-type: none"> Nódulo en FDS / FDP Ensanchamiento de FDS / FDP
	2) Relación anormal entre FDS / FDP: <ul style="list-style-type: none"> Decusación del FDS proximal a la polea A1 Uniones aberrantes entre FDS / FDP Anomalía de deslizamiento radial/cubital del FDS.
	3) Engrosamiento o estenosis del sistema de poleas: <ul style="list-style-type: none"> A1 A2 A3
Causas metabólicas:	Síndrome de Hurler: mucopolisacáridos en tejidos conectivos
Causas inflamatorias:	1) Artritis reumatoide juvenil. 2) Tendinitis calcificada postraumática
Trastorno del SNC:	Muy prevalente en niños con dedo en gatillo congénito.

Discusión y conclusiones:

El dedo en gatillo pediátrico es una afección rara, siendo 10 veces menos común que el pulgar en gatillo pediátrico. Aunque está etiquetado como 'congénito', la afección no se presenta al nacer y, por lo tanto, es adquirida (Tabla 1),.

Se han propuesto diferentes teorías sobre si el desencadenamiento está relacionado con una polea A1 estrecha, hinchazón del tendón flexor u otra causa. Contrariamente a los hallazgos quirúrgicos observados en los pulgares en gatillo en niños, el nódulo del tendón flexor no está presente habitualmente, lo que puede indicar un mecanismo diferente para la activación de los dedos en resorte en niños.

Es probable que la anatomía compleja en la unión del flexor digitorum superficialis y el flexor digitorum profundus sea la causa del problema (Figura 5). En esta ubicación, el desencadenamiento puede ser el resultado de variaciones anatómicas del quiasma que conducen a la interferencia entre los 2 tendones flexores, ya sea dentro del quiasma o en una abertura distal estrecha del quiasma.

Resultados:

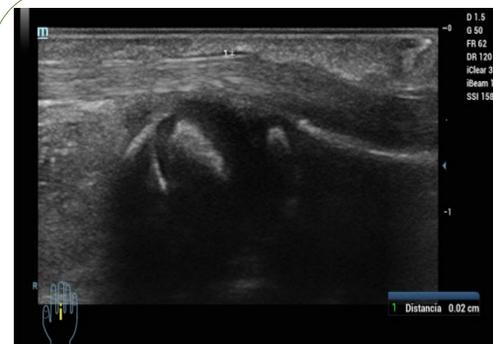
Los padres refieren que los dos terceros dedos se bloquean frecuentemente, sin otros síntomas acompañantes.

A la exploración física se objetivó un tercer dedo bilateral en resorte, tipo 2 de la clasificación de Quinell, indoloro, sin presencia de nódulo de Notta y sin otros hallazgos de interés.

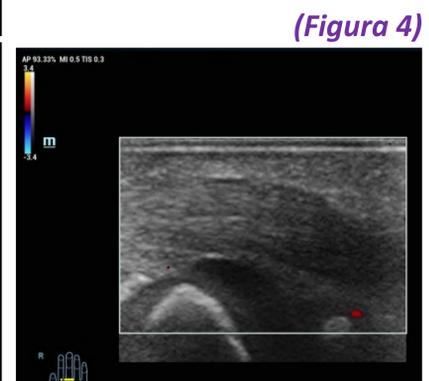
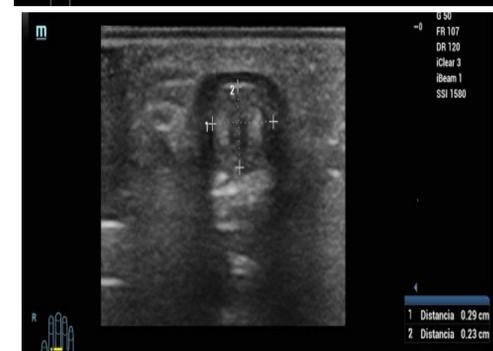
En el estudio ecográfico no se observó engrosamiento de la polea A1 (diámetro transversal: 0,02 cm); ni anomalías subyacentes del tendón flexor sugestivas de tenosinovitis; ni derrames peritendinosos o tendinosis (Figura 3); tampoco se objetivó hipervascularización en las imágenes Doppler (Figura 4).

Tras recibir tratamiento conservador, con ortesis y fisioterapia, fue evaluada después de 6 meses, observándose que la niña se encontraba asintomática, con buena funcionalidad de la mano y resolución de la patología.

A pesar de ello, la paciente fue evaluada por Neurología pediátrica, Reumatología y Genética, descartándose patología neurológica, metabólica o inflamatoria (Tabla 1). No sabemos si existía patología anatómica subyacente, puesto que no precisó tratamiento quirúrgico.



(Figura 3)



(Figura 4)



(Figura 5)