

¿CÓMO RESOLVER LA AMPUTACIÓN DEL PULPEJO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA?

Paulete García A, Vara Patudo I (Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid - Hospital Universitario Cáceres)

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas de los pulpejos son el motivo de consulta por patología de la mano más frecuente en Urgencias en niños. Los factores a tener en cuenta para elegir el tipo de cobertura son edad, demanda del paciente, nivel y ángulo de la herida o número de pulpejos afectados. Existen múltiples técnicas para cubrir defectos como avance V-Y, colgajo tenar, colgajo dedo cruzado, colgajo homodigital o colgajo libre pediculado, sin ser una técnica superior a otra.



OBJETIVOS

Valorar las distintas técnicas quirúrgicas que pueden usarse para estas lesiones, y su aplicación en población pediátrica

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 3 años que acude a Urgencias tras atraparse 3º dedo de la mano con una puerta. Presenta pérdida de sustancia volar afectando a todo el pulpejo y lecho ungueal, sin exposición ósea ni lesión vasculonerviosa; conservando sensibilidad de la falange distal.

Se decide realizar un colgajo tenar vascularizado en dos tiempos. El primer tiempo comienza localizando la zona donante del injerto presentando 3º dedo sobre la eminencia tenar. Se dibuja el colgajo en forma de **M invertida** tomando 3 puntos como referencia: vértice ungueal y ambos lados del 1/3 distal del remanente ungueal, con la anchura de la FD. Se realiza disección en bloque manteniendo la unión proximal; cruentado y Friedrich de la zona amputada. Los vértices laterales de la incisión en la eminencia tenar se cierran para facilitar el 2º tiempo. Se unen los vértices del colgajo a los márgenes laterales, y la zona central del colgajo a la zona volar con punto transungueal, acompañado de puntos de descarga. Se inmoviliza con férula en manopla.



Tras dos semanas se realiza 2º tiempo. En los límites proximales del colgajo tenar se traza una "V" con vértice proximal. Se hace disección en bloque y cierre del defecto de la eminencia tenar V-Y, más regularización de la herida de la zona donante. Por último, se sutura el colgajo tenar, unido al límite ungueal y márgenes laterales tras la 1ª intervención; a la base proximal de la zona amputada hasta completar la remodelación del pulpejo.



RESULTADOS

Entre primer y segundo tiempo se mantiene la inmovilización sin realizar curas. Tras la segunda intervención se realizaron revisiones semanales durante las 3 primeras semanas. A los 2 meses presenta adecuado remodelado del pulpejo sin alodinia ni hiperalgesia, sensibilidad conservada, BA completo sin retracciones, lecho ungueal conservado sin atrofia y la realización de una pinza funcional con el dedo afecto

CONCLUSIONES

La amputación del pulpejo son las lesiones de la mano más frecuentes en población pediátrica. Generalmente el tratamiento conservador obtiene buenos resultados, pero si la lesión se extiende proximalmente más allá de la mitad del lecho ungueal la cirugía debe ser considerada. A pesar de ello, sigue sin existir un consenso sobre el manejo de estas lesiones en población pediátrica



- BIBLIOGRAFÍA**
1. H.-J. Kang, S.-Y. Sung and J.-i. Whang et al., Extended thenar flap for two adjacent fingertip amputations, *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2019.07.0022>
 2. Lim J.X, Chung K.C. VY Advancement, Thenar Flap, and Cross-finger Flaps. *Hand Clin* 36 (2020) 19–32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2019.08.003>
 3. Fitoussi F, Ghorbani A, Jehanno P, Frajman J.M, Penne-Cot G.F. Thenar Flap For Severe Finger Tip Injuries In Children. *Journal of Hand Surgery (British and European Volume, 2004)* 29B: 2: 108–112.
 4. Barr Jason S., Chu Michael W., Thanik Vishal, Sharma Sheel, Pediatric Thenar Flaps: A Modified Design, Case Series and Review of the Literature. *Journal of Pediatric Surgery* (2013). Disponible en: doi: 10.1016/j.jpedsurg.2013.11.066