

G. Galindo Juárez
J. Rodríguez Fernández
C. Gallego Palmero

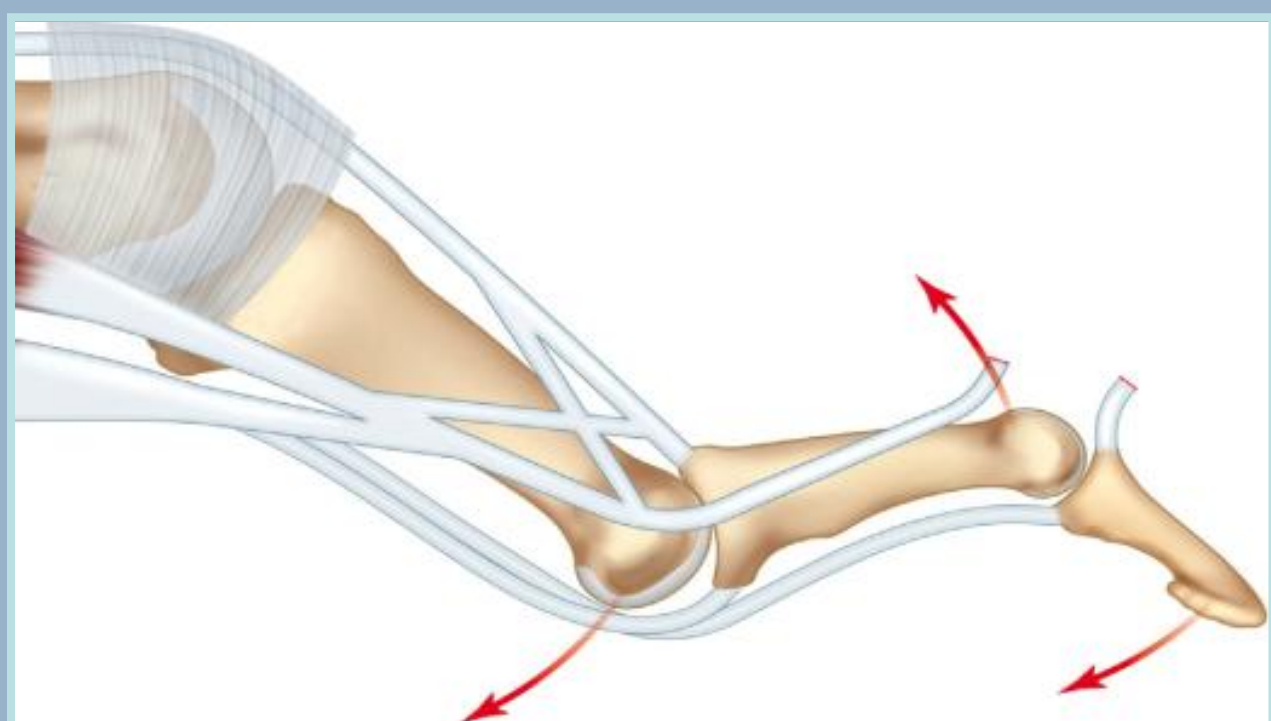
P. Pernía Gómez
M^a A. de la Red Gallego
Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La hiperextensión de la articulación interfalángica proximal con flexión de la distal (deformidad en cuello de cisne), puede ocurrir secundario a traumatismo (avulsión de la placa volar en la interfalángica proximal, dedo en martillo crónico), artritis reumatoide, parálisis cerebral, Ehlers-Danlos, etc.

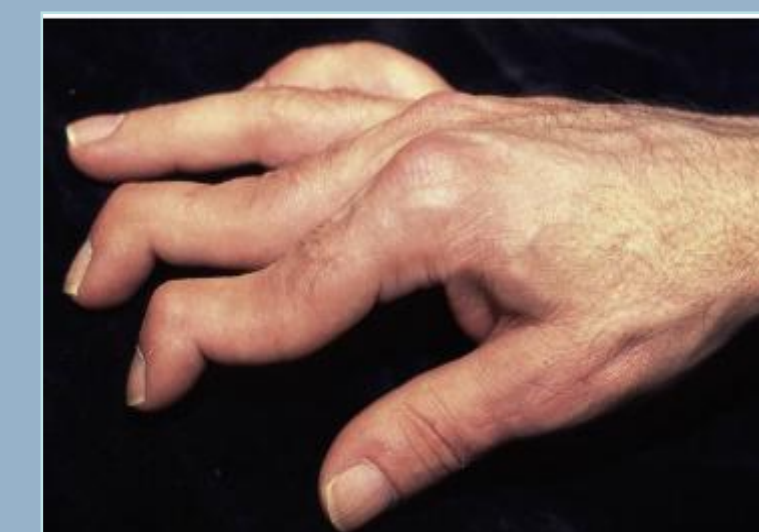
La clínica varía desde simples molestias a limitación funcional con pérdida de fuerza.

Una de sus opciones de tratamiento es la tenodesis utilizando el flexor digital superficial, con el objetivo de crear una restricción estática volar frente a la hiperextensión. Esta técnica tiene diversas variantes: tunelizar el tendón a través de la falange proximal, asegurarlo a las poleas A1 o A2, o anclarlo a la falange proximal mediante arpones óseos.



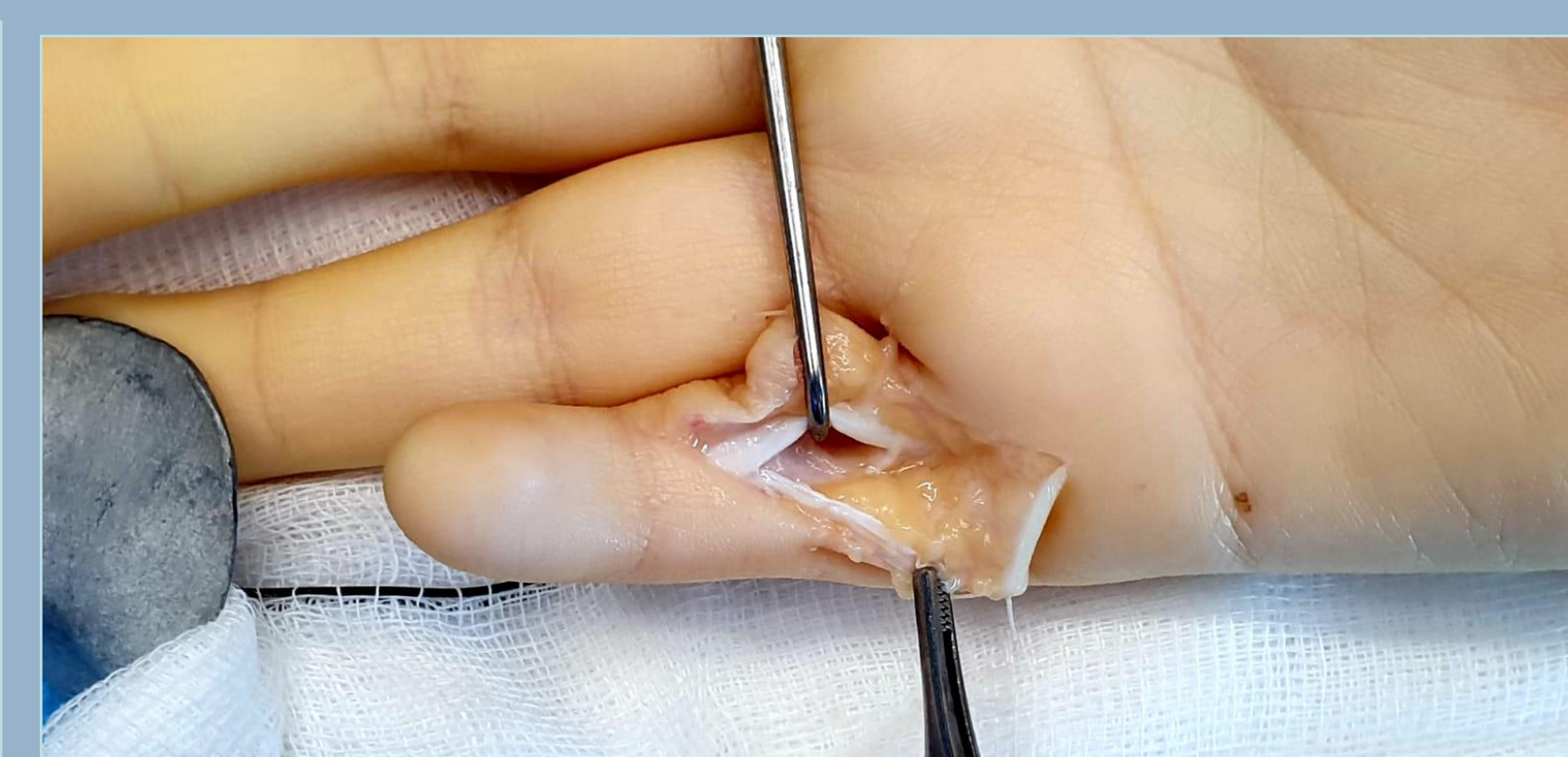
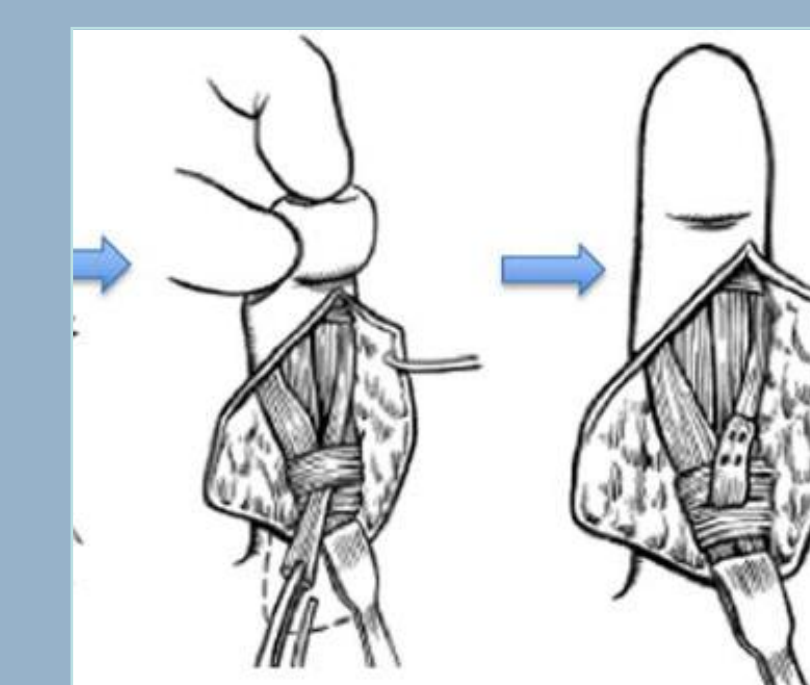
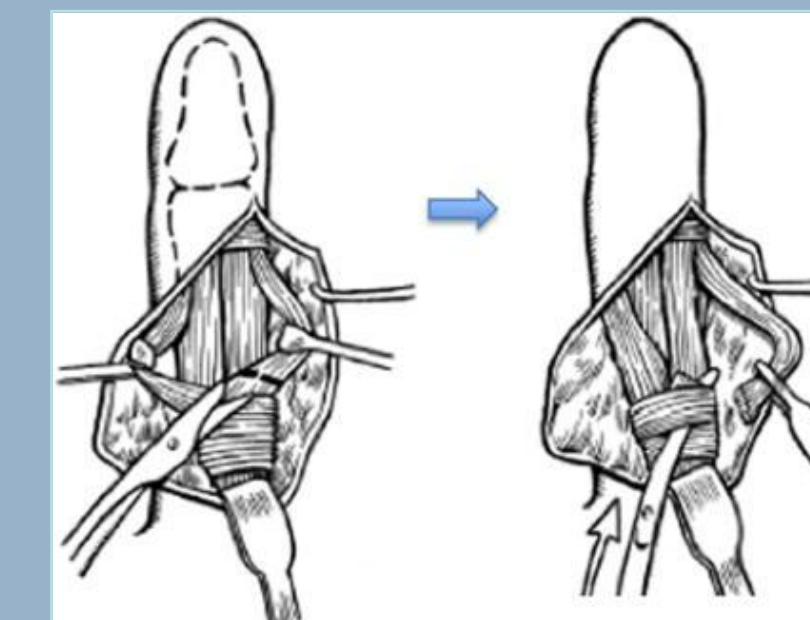
OBJETIVOS

Describir los resultados en el tratamiento de la deformidad en cuello de cisne flexible mediante hemitenodesis con tendón flexor superficial según la técnica descrita por Swanson. Serie de dos casos.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos el caso de dos mujeres de 15 y 45 años de edad, con deformidad en cuello de cisne postraumática en 5º dedo mano derecha de más de un año de evolución, flexible a la exploración (tipo I de la clasificación de Nalebuff), y cuyos estudios ecográficos demuestran rotura de placa palmar con integridad del resto de estructuras. Tras fracaso de tratamiento conservador mediante ortesis en ocho, ambas pacientes son intervenidas quirúrgicamente, realizándose hemitenodesis de flexor superficial de quinto dedo a polea A2, fijado a 30º de flexión de interfalángica proximal, a través de incisión tipo Brunner.



RESULTADOS

Ambas pacientes son inmovilizadas con férula durante diez días, iniciando después movilización activa con un restrictor de extensión (férula en 8 para dedo) que se retira a las seis semanas. Tras la retirada de la ortesis restrictora de extensión, ambas pacientes se encuentran satisfechas y presentan rango articular completo (distancia punta de dedo a palma mano de 0mm) con leve flexo residual de 20º en interfalángica proximal.



CONCLUSIONES

La lesión de la placa volar en la interfalángica proximal es una causa frecuente de deformidad en cuello de cisne. Las diferentes opciones de tratamiento varían en función de la flexibilidad de la deformidad y la asociación de degeneración articular (clasificación de Nalebuff). En pacientes sintomáticos y con deformidades flexibles, con rango articular completo y ausencia de destrucción articular, una opción de tratamiento a tener en cuenta es la tenodesis mediante hemitendón flexor superficial a polea A1, A2 o anclaje a falange proximal, creando así una restricción estática volar a la hiperextensión de la interfalángica proximal, técnica que supone una mínima morbilidad local y proporciona buenos resultados en el medio plazo en términos de rango articular y molestias residuales.