

Mallet finger*. Procedimiento de elección

Dr. ALBERTOL GARAY*

RESUMEN

Se presentan 27 casos de *mallet finger* operados entre 1991 y 1995. Veinte de ellos no habían recibido tratamiento quirúrgico previo. Fueron tratados por un procedimiento simple con el que no hemos tenido recidivas.

Describimos, además, la técnica que empleamos en siete casos inveterados que habían sido operados en una o más oportunidades.

SUMMARY

We present 27 *mallet finger* cases operated from 1991 to 1995. Twenty of them without surgical procedure previous. They were all performed by a simple treatment with no recidivation.

We described also the technique use in seven inveterated cases witch have been operated in more than one opportunities.

INTRODUCCIÓN

Considero prioritario aclarar que el tratamiento ideal del *mallet finger* es el incruento. Esto es facilitado por un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento con férulas como la de Stack^{1,9-11} o similar, o la colocación de una clavija, con la articulación interfalángica distal, en hiperextensión, por un período aproximado de treinta días. Cuando no se cumple con las pautas mencionadas, o cuando fracasa el tratamiento incruento, es cuando se decide la conducta quirúrgica. Para ello, tomamos una fecha aproximada a los dos meses de evolución e intervenimos los casos con una deformidad relativamente importante, que por lo general tienen una tendencia al "cuello de cisne" secundario.

Nos referiremos, además, al procedimiento que empleamos en los casos recidivados des-

pues de una o más cirugías. Estos presentan en general una gran deformidad, con importante "cuello de cisne" secundario ya establecido^{1,4,6,7,10,11}.

MATERIAL Y MÉTODO

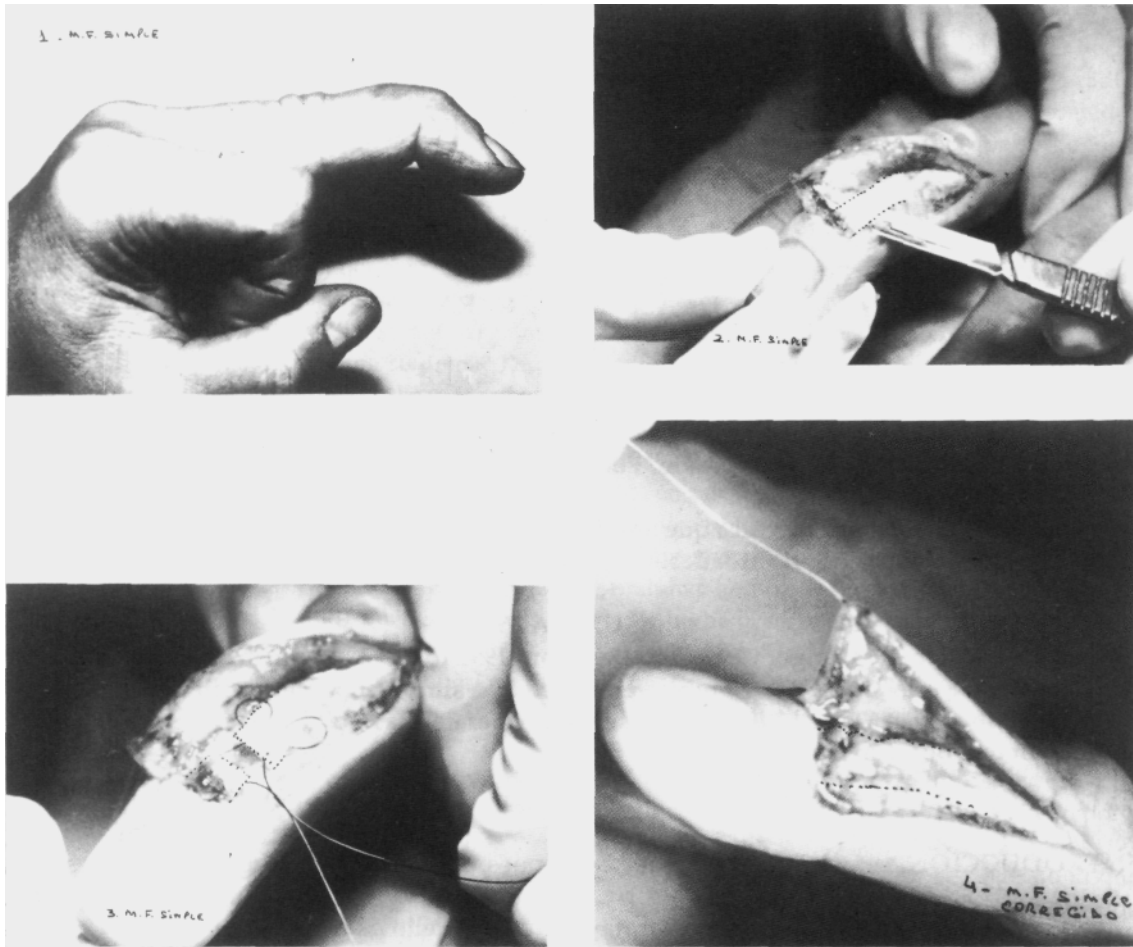
Presentamos 27 pacientes tratados entre 1991 y 1995. Las edades oscilaron entre 17 y 62 años, con predominio de mujeres. El dedo más afectado fue el anular.

Veinte de estos pacientes fueron tratados quirúrgicamente por primera vez, en un período aproximado a los dos meses después de la lesión inicial.

El procedimiento utilizado en estos casos fue el siguiente: efectuamos una incisión en L invertida, que comienza paralela a la base de la uña, aproximadamente a 5 milímetros de ésta, para evitar daños a la matriz ungueal. Se debe liberar correctamente el colgajo por debajo del plano venoso, para evitar la necrosis del mismo. Una vez efectuado esto, el cirujano no va a distinguir el aparato tendinoso claramente y tiene que tallarlo, desde lo que sería su inserción en la base de la falange

* Para optar a Miembro Titular de la Asociación Argentina de Ortopedia.

* Instituto Municipal de Rehabilitación Psicosfísica (IMUREP), Buenos Aires.



Fotos 1

distal hasta el comienzo de las bandas laterales. Se libera todo el tendón, tratando la zona de fibrosis como si fuera parte del mismo. Se corta después transversalmente el tendón a un centímetro aproximado de la inserción distal. Una vez realizado esto, se efectúa un punto de Kessler modificado, con hilo de sutura 4-0, que puede ser nylon, o una sutura reabsorbible de fácil deslizamiento como puede ser el PDS. De ser posible, si la sutura es nylon o similar, aconsejamos que sea de color blanco o transparente. Esto es debido a que en algunos tipos de pieles, y sobre todo femeninas, las suturas se pueden transparentar. El punto de Kessler se hace alargado, para que cuando se realice el nudo se pueda ajustar todo lo necesario para producir la extensión de la falange distal. Este punto tiene la ventaja de imbricar al tendón, y cuando más se ajusta, más corrección se consigue. Se puede completar la sutura con puntos 6-0

alrededor de la sutura inicial. Una vez corregido el *mallet finger*, recién colocamos una clavija. Lo hacemos siempre en forma transversal, desde el tubérculo lateral de la falange distal, atravesando la articulación IFD en la máxima extensión posible^{2,4,6,7,11}.

Preferimos una inmovilización enyesada durante 30 días, que retiramos simultáneamente con la clavija. Indicamos inmediatamente la rehabilitación correspondiente (Figura 1 y Fotos 1).

En general no fue necesario liberar la cuerda longitudinal en los casos tratados¹⁰.

En los casos de *mallet finger* que han sido operados en una o más oportunidades, que los podríamos considerar como inveterados, se produce una gran destrucción del aparato extensor distal. Hemos operado siete pacientes pertenecientes a este grupo. Las únicas soluciones para este problema podrían ser: o una artrodesis IFD (con lo

que no corregimos el "cuello de cisne"), o colocar un injerto de tendón. Nos referiremos al método que empleamos con esta última opción. Como ya dijimos, el tendón prácticamente no existe desde su inserción distal hasta aproximadamente el tercio proximal de la falange media. Resolvemos este problema colocando un injerto de tendón (generalmente lo tomamos del palmar menor). El mismo es de aproximadamente 7 cm de largo (variable con el tamaño del dedo). Se inserta en la base de la falange distal, por medio de un punto transóseo, o por un *pull-out*. Una vez fijado el injerto distalmente, lo dividimos en dos en sentido longitudinal. Una de las ramas se acorta y se sutura al remanente del aparato extensor (a una o a las dos bandas laterales). La otra rama se utiliza para corregir la deformidad en "cuello de cisne". Se la pasa por debajo del ligamento de Cleland (técnica

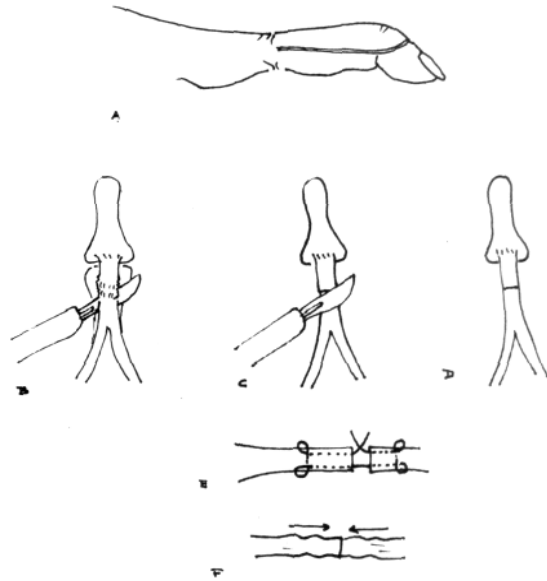
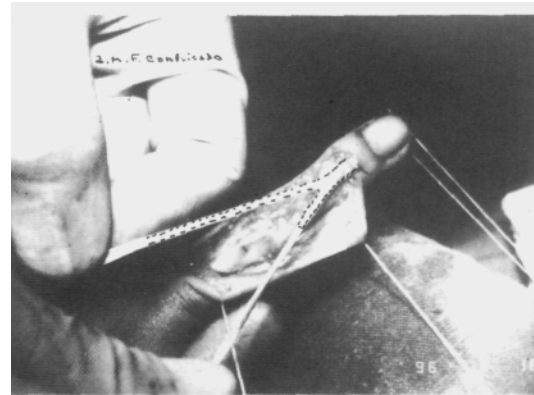
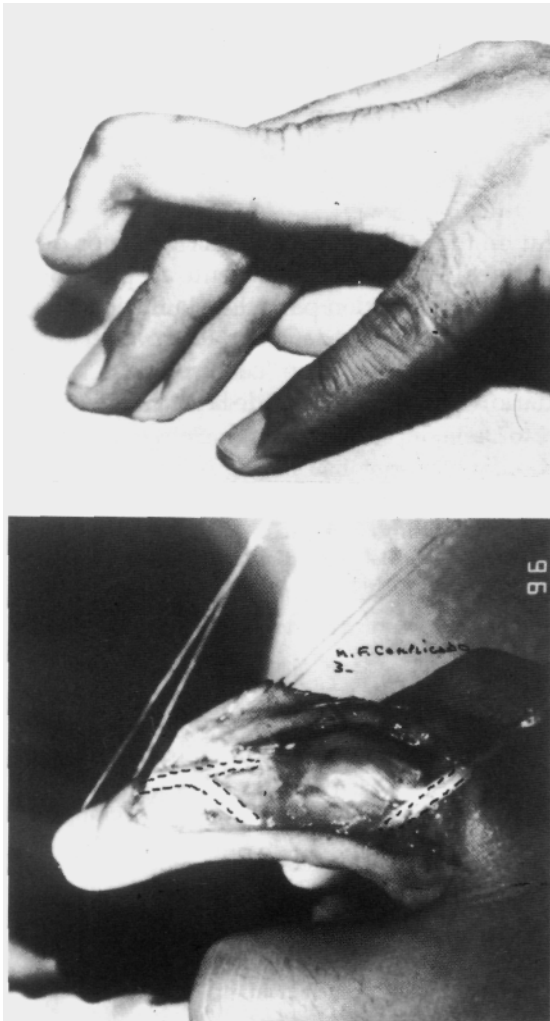


Figura 1

de Zancolli). Se sutura luego a la parte lateral del tercio superior de la primera falange. Se realiza una inmovilización enyesada por treinta días^{1,10} (Figura 2 y Fotos 2).



Fotos 2

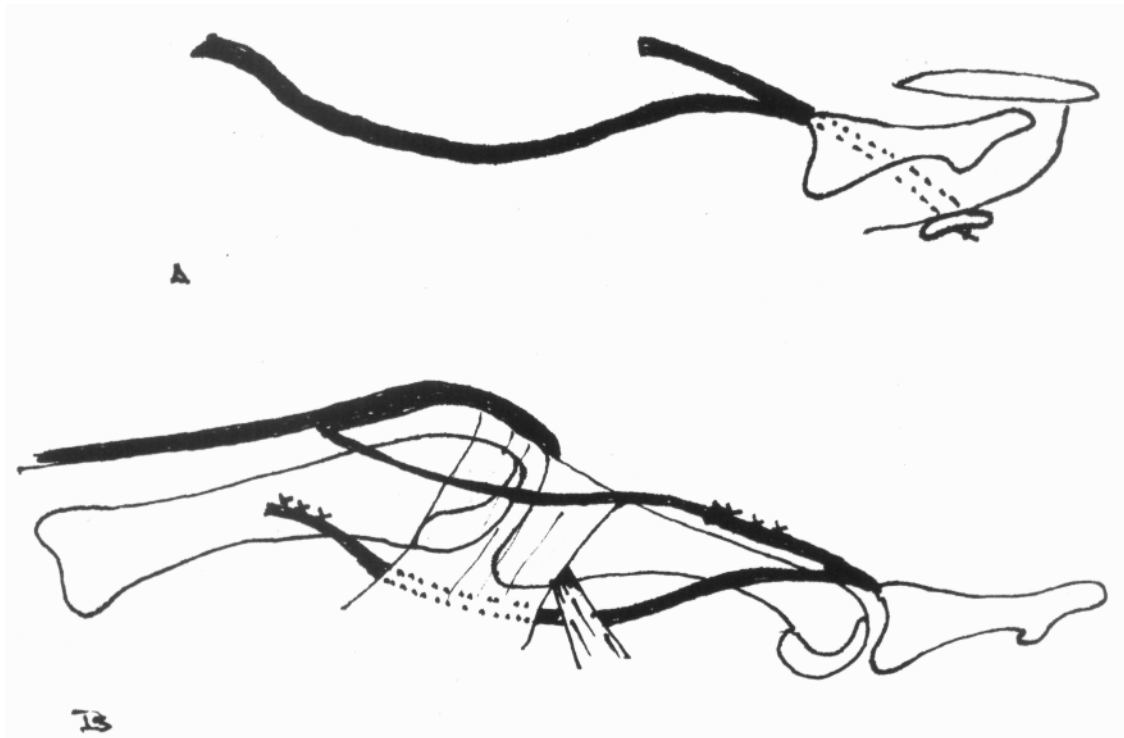


Figura 2

RESULTADOS

Los resultados se explicitan en los Cuadros 1 y 2.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Muchas son las técnicas descriptas para la solución de estos problemas. Creemos que los procedimientos que utilizamos son sencillos y pueden ser efectuados por cirujanos de diferentes niveles. Pensamos que la limitación de la flexión en la articulación IFD remanente, en algunos de los casos operados, se puede presen-

tar en todas las técnicas descriptas por otros autores. En general, el paciente acepta mucho más esta limitación parcial de la flexión que la permanencia de la deformidad en *mallet finger*, con la posibilidad de un "cuello de cisne" secundario, o que la artrodesis de la articulación IFD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boyes J: Mallet finger. Comunicación al Symposium de Asepeyo. Madrid, abril de 1976.

Cuadro 1
Procedimiento N° 1
(Material: 20 casos)

<i>Extensión articulación I.F.D.</i>	<i>Flexión articulación I.F.D.</i>	<i>Permanencia de la deformidad en mallet finger</i>
14 Normal	Normal	—
5 Normal	Limitada	—
1 —	—	Sin modificaciones (infección quirúrgica)

Cuadro 2
Procedimiento N° 2
(Material: 7 casos)

<i>Función articulación I.F. proximal</i>	<i>Función articulación I. F. distal</i>	<i>Permanencia de la deformidad en mallet finger</i>
4 Normal	Normal	
1 Normal	Disminuida	—
1 Hiperextensión	Disminuida	—
1 Hiperextensión	Hiperflexión	Permanencia de la deformidad por infección de la sutura distal

2. Casscells SW, Strange TB: Follow-up of intramedullary-wire fixation of mallet finger. *J Bone Jt Surg* 1969; 51-A: 1018-1019.
3. Din KM, Meggit BF: Mallet thumb. *J Bone Jt Surg* 1983; 65-B: 606-607.
4. Esteve P: Traitement de la rupture distale des tendons extenseurs. *Entretiens de Bichar, Chirurgie, Expansion Scientifique, Paris, 1964; 201.*
5. Hamas RS, Horrell ED, Pierret GP: Treatment of mallet finger due to intra-articular fracture of the distal phalanx. *J Hand Surg* 1978; 3: 361-363.
6. Lorthioirg, Evrardh, Vaderelste: Le traitement de traumatismes récents de la main. *Acta Orthop Belg* 1958 (Suppl 1): 157.
7. Kaplan EG: Anatomy, injuries and treatment of the extensor apparatus of the hand and digits. *Clin Orthop* 1959; 13: 24-41.
8. Kleinman WB, Peterson DP: Oblique retinacular ligament reconstruction for chronic mallet finger deformity. *J Hand Surg* 1984; 9-A: 399-404.
9. Stack H: A modified splint for mallet finger. *J Hand Surg* 1986; 11-B (2), June.
10. Tubiana R: Les déformations en maillet. *In: Traité de Chirurgie de la Main. Ed Masson, 1986; T 3:109.*
11. Zancolli E: Structural and dynamic basis of hand surgery (2^a ed). Philadelphia, JB Lippincott Co, 1956; 92-103.