



# Esguinces graves de la articulación metacarpofalángica del pulgar

E. Roulot, J. Chino

*Los esguinces de la articulación metacarpofalángica (MF) del pulgar son frecuentes y afectan sobre todo a pacientes jóvenes y deportistas. Las consecuencias de un esguince grave pueden ser importantes, y su tratamiento es a menudo quirúrgico. Estos esguinces se pueden presentar bajo tres formas: los esguinces graves recientes de menos de 3 semanas de antigüedad y que afectan principalmente al plano lateral cubital cuando se producen por un mecanismo de valgo-flexión o, con menos frecuencia, al plano radial tras los traumatismos en varo-flexión, con posible asociación a una lesión de la cápsula dorsal; las rupturas del ligamento colateral cubital (LCC) precisan, en principio, tratamiento quirúrgico debido a la frecuente interposición de la expansión del aductor del pulgar, mientras que las rupturas del ligamento colateral radial (LCR) se pueden tratar muy a menudo de forma ortopédica conservadora. Las inestabilidades crónicas, que a menudo son la consecuencia del tratamiento incorrecto de un esguince agudo, justifican una ligamentoplastia de estabilización, salvo que exista una artrosis o una rigidez en un trabajador de fuerza, en cuyo caso se impone una artrodesis. Por último, los esguinces de la placa palmar, que son la consecuencia de un traumatismo en hiperextensión, autorizan un tratamiento ortopédico en las formas recientes si no existe subluxación residual y sólo se han afectado las estructuras estabilizadoras pasivas; en los demás casos, se efectúa una reparación quirúrgica.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Traumatismos del pulgar; Esguince metacarpofalángico; Reparación ligamentaria; Ligamentoplastia

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Esguinces graves recientes de los ligamentos colaterales cubital y radial</b>	1
Reseña anatómica	1
Indicaciones de tratamiento	2
■ <b>Inestabilidades crónicas de los ligamentos colaterales cubital o radial</b>	5
Indicaciones	5
Técnicas quirúrgicas para las inestabilidades por lesión del ligamento colateral cubital	5
Inestabilidades por lesión del ligamento colateral radial	7
Artrodesis metacarpofalángica	8
■ <b>Lesiones de la placa palmar</b>	8
■ <b>Conclusión</b>	9

## ■ Introducción

Las lesiones traumáticas del aparato capsuloligamentario de la articulación metacarpofalángica (MF) del pulgar son frecuentes, particularmente en el paciente joven y

durante la práctica deportiva. Exponen a graves secuelas funcionales, ligadas a la inestabilidad de la pinza polidigital.

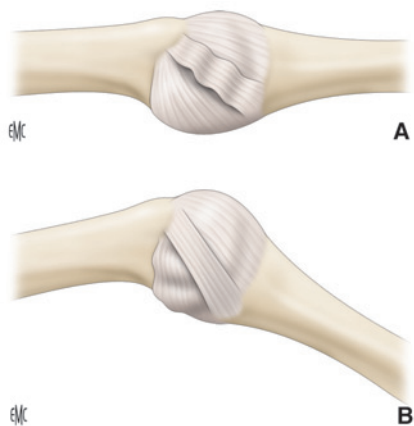
Se distinguen los esguinces recientes, es decir, los que se ven como máximo en 3 semanas después del accidente, las inestabilidades crónicas, generalmente secundarias a la ausencia o inadecuación del tratamiento inicial de un esguince reciente y, por último, las lesiones de la placa palmar.

## ■ Esguinces graves recientes de los ligamentos colaterales cubital y radial

### Reseña anatómica

Para su comprensión es necesaria una breve reseña anatómica. La articulación MF está estabilizada en el plano frontal por los ligamentos colaterales radial y cubital. Cada uno de estos ligamentos está formado por dos fascículos:

- un fascículo principal, que es un ligamento resistente, que va desde la cabeza del primer metacarpiano (M1) a la base de la primera falange (F1) (Fig. 1); está tenso en flexión y se relaja en la extensión de la MF;



**Figura 1.** El fascículo principal del ligamento lateral de la metacarpofalángica está tenso en flexión y se distiende en extensión de la articulación (A, B). El fascículo accesorio sufre tensiones inversas.

- el otro, accesorio, metacarposesamoideo, está tenso en extensión y se relaja con la flexión de la MF.

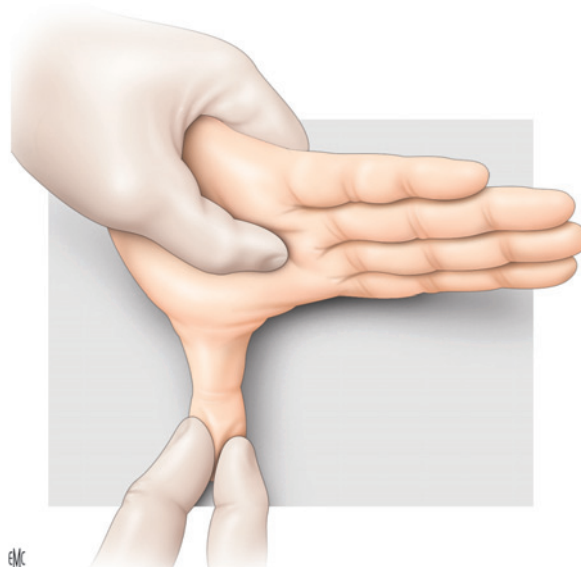
Este hecho explica que la ruptura del ligamento se produzca por un movimiento forzado de lateralidad sobre un fascículo principal puesto ya en tensión por la flexión de la articulación. Esto es lo que se produce en los accidentes de esquí, bien conocidos por ser la causa más frecuente de estos esguinces por tracción de la correa de la muñeca del bastón o, con más frecuencia, durante una caída amortiguada por la nieve con el pulgar separado.

Los ligamentos están recubiertos por una hoja aponeurótica triangular, expansión del abductor corto del lado radial, del aductor del pulgar del lado cubital. Estos dos capuchones dorsales se insertan sobre el tendón del extensor largo del pulgar (EPL, *extensor pollicis longus*), en la cara dorsal de la MF y de F1. Durante el traumatismo, que se produce en valgo-flexión, el capuchón dorsal se desliza distalmente, arrastrado por el tendón del extensor largo, y la expansión aponeurótica del aductor descubre completamente el ligamento colateral cubital (LCC). Éste se rompe por regla general distalmente<sup>[1]</sup>. Cuando el pulgar retorna a la posición normal, la expansión rechaza al muñón proximal del ligamento y se interpone entre este último y su lugar de inserción distal, lo que impide cualquier esperanza de cicatrización mediante simple inmovilización. Esta interposición, descrita por Stener en 1962<sup>[2]</sup>, está presente en al menos dos tercios de los casos de esguince graves recientes del LCC y se puede palpar en los esguinces que se ven pronto. En cambio, es mucho más rara en las rupturas del ligamento colateral radial (LCR) secundarias a un traumatismo en varo-flexión, debido a la mayor oblicuidad del borde libre de su expansión aponeurótica y de la frecuencia de las desinserciones proximales del LCR sobre M1, excepcionales en el caso del LCC.

Así, la intervención quirúrgica suele ser necesaria en caso de ruptura reciente del LCC, mientras que los esguinces aislados recientes del LCR se pueden tratar en la mayoría de los casos de forma ortopédica conservadora.

### Exploración física

El paciente, tras un traumatismo (luxación reducida o movimiento de valgo importante), se presenta con dolor y aumento de volumen de la primera MF. Precozmente, se puede encontrar una pequeña masa palpable proximal a la expansión dorsal del aductor del pulgar que corresponde al ligamento roto y retraído proximalmente (efecto Stener).



**Figura 2.** Posición dorso-placa para radiografía dinámica.

El examen dinámico permite probar los dos fascículos del ligamento, en 30° de flexión para el principal y en extensión el accesorio. Se imprime sobre la primera falange un movimiento de varo y a continuación de valgo.

El diagnóstico de lesión grave del ligamento colateral cubital se realiza sobre un ángulo de laxitud en inclinación radial superior a 35°<sup>[3,4]</sup> o de más de 10° en comparación con el lado sano<sup>[5]</sup>.

Esta prueba se puede realizar sin aprensión, ya que se ha demostrado que no puede producir una lesión de Stener iatrógena si no la ha provocado el traumatismo inicial<sup>[6]</sup>.

Si la prueba no es concluyente (paciente dolorido, duda clínica), puede ser útil realizar una exploración bajo anestesia o un examen mediante ecografía, que puede poner de manifiesto una ruptura parcial o total del ligamento y confirmar la presencia o no de un «efecto Stener».

Antes de realizar la prueba es preciso realizar un estudio radiológico para descartar la presencia de un arrancamiento óseo no desplazado, que debe constar de<sup>[3]</sup>:

- radiografías estándar, que permiten diagnosticar en la proyección anteroposterior un arrancamiento óseo de la inserción en la falange del ligamento. Esto contraindicaría la realización de las radiografías dinámicas y además la importancia del desplazamiento confirmaría el carácter grave del esguince. En la proyección lateral, la existencia de una subluxación palmar de la MF señala la ruptura de los ligamentos y su prolongación hasta la cápsula dorsal<sup>[7]</sup>;
- radiografías dinámicas, que son útiles sobre todo en las formas crónicas (Fig. 2), aunque en ocasiones se pueden realizar en las formas recientes para demostrar la laxitud (posible importancia médico-legal). Se debe realizar con la articulación MF en semiflexión, colocando el dorso sobre la placa, en abducción en caso de esguince del LCC y en aducción en caso de esguince del LCR: el esguince grave se traduce por una laxitud superior a 30° en comparación con el lado opuesto.

### Indicaciones de tratamiento

Cuando existe un arrancamiento óseo no desplazado, el tratamiento es ortopédico, mediante un guante de yeso o de resina, que deje libre la muñeca y los dedos largos, inmovilizando la MF en extensión, para distender el fascículo principal, durante 1 mes. Cuando existe un desplazamiento del fragmento, aunque sea mínimo (menos de 2 mm), se impone el tratamiento quirúrgico, debido a la rotación asociada del fragmento.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053333>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053333>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)