

SECUELA DE LUXO FRACTURA DE FALANGE, MANEJO CON ARTROPLASTIA AUTOINJERTO DE HEMIGANCHOSO. REPORTE DE CASO



Juan R. Meléndez, Laura M. Bustos, Mariano A. Riva, Lauro S. González, José L. Villamizar, Walter Bermudez, Marco Asturizaga, Javier J. Farfan.

Centro Gallego Buenos Aires, CABA, Argentina.

OBJETIVO:

Mostrar una técnica alternativa para la reconstrucción de la articulación interfalángica proximal en lesiones crónicas.

HIPOTESIS:

"La artroplastia con injerto de hemiganchoso es uno de los tantos tratamientos que tenemos en lesiones de la articulación interfalángica proximal (AIFP), que ofrece buenos resultados".

MATERIALES Y MÉTODOS

Femenina de 45 años sufre luxofractura dorsal de la AIFP, fractura de la base de F2 cuarto dedo de la mano izquierda. Consulta con 8 semanas de evolución del traumatismo, cursando disminución en los rangos de movilidad limitando sus actividades.

Radiografías revelan una subluxación dorsal de F2 con fractura de la base de esta misma aproximadamente 50% de lesión articular. La tomografía muestra integridad de la pared dorsal de la base de F2.

Con un abordaje tipo Bruner en el pliegue de flexión de la articulación interfalángica proximal. Se seccionó la vaina tendinosa a nivel de A3, se reseca la placa volar, identificación de los paquetes neurovasculares los cuales se protegieron en la exposición de la articulación con el abordaje en cañón de escopeta. Se realizó la toma del injerto con un abordaje dorsal teniendo como referencia la base de 4° y 5° metacarpiano. Se acopla el injerto en el defecto y se fija con tornillos de 2.0. Se obtiene una adecuada reducción con adecuada recuperación de los movimientos. Inmovilización por 3 semanas con férula con bloqueo de extensión.



FIG 1 y 2. Limitación para la flexión de la articulación IFP de dedo índice.

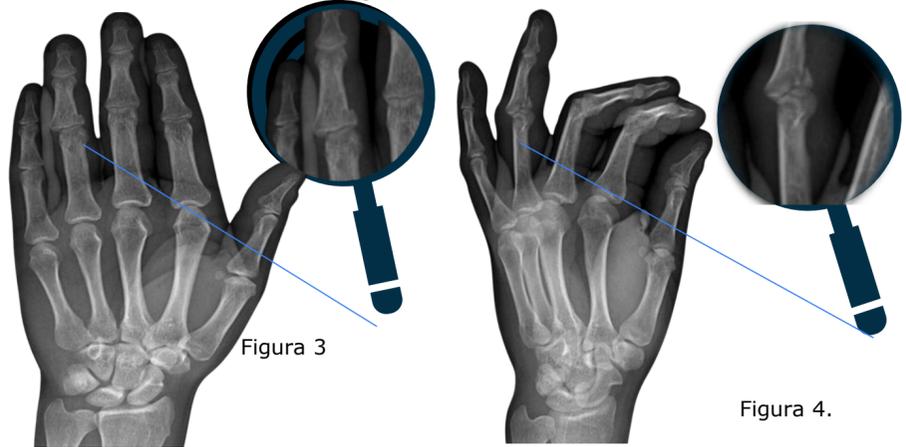


FIG 3 y 4. Fractura Intraarticular de la base de F2, con subluxación dorsal.

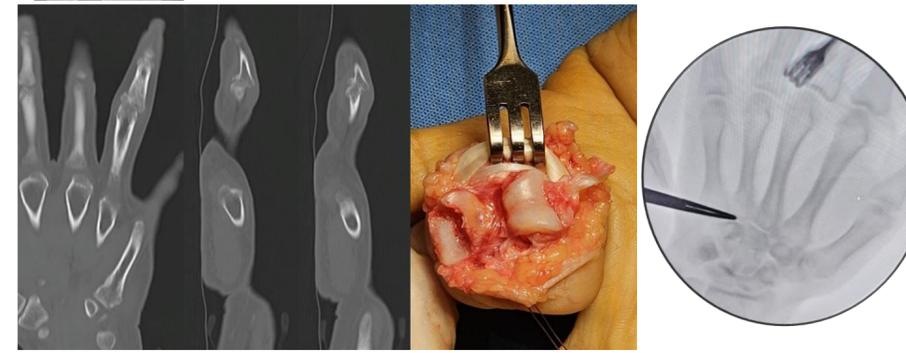


FIG 5. TAC evidencia compromiso articular de la base de F2. // **FIG 6.** Abordaje en cañón de escopeta con fragmento fracturado expuesto. // **FIG 7.** Imagen de radioscopia de hueso ganchoso previo a toma de injerto.

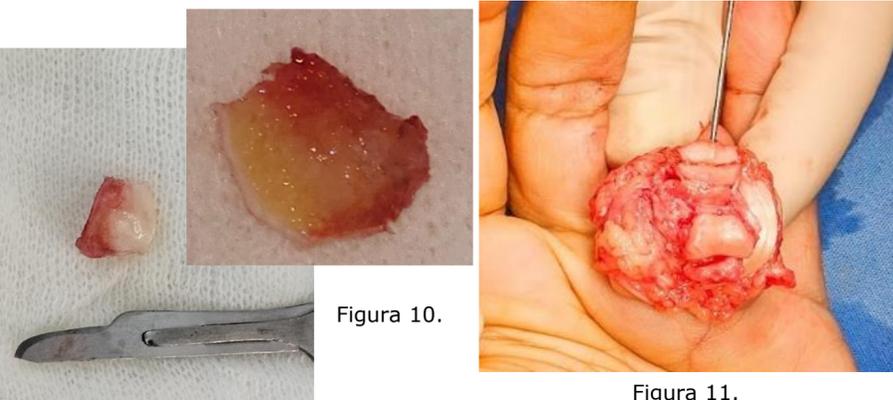


Figura 10.

Figura 11.

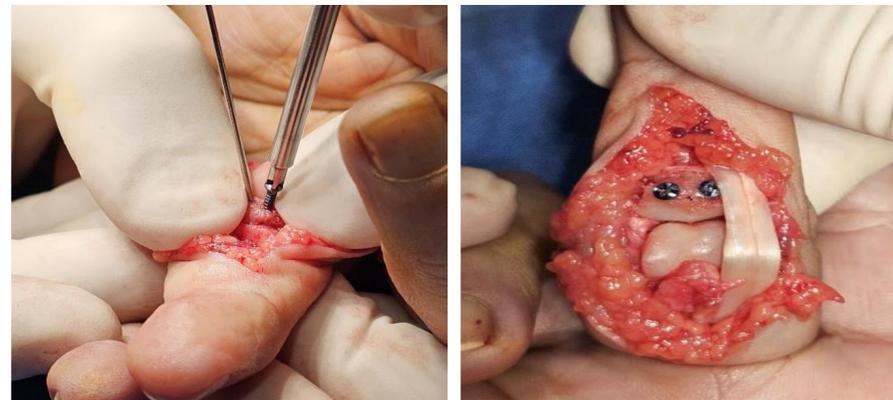


Figura 12.

Figura 13.

FIG 10. Autoinjerto de hueso ganchoso. // **FIG 11, 12 y 13** Reducción de injerto en superficie articular con tornillo.

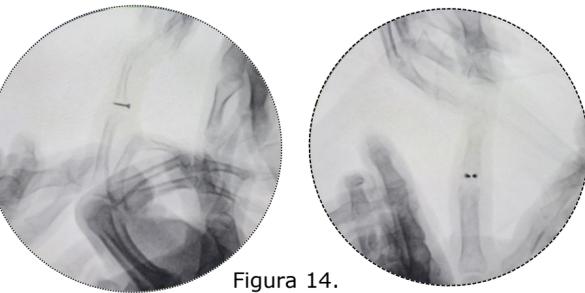


Figura 14.

FIG 14. Radioscopia intraoperatoria donde se evidencia material de osteosíntesis con autoinjerto de hueso ganchoso que restaura superficie articular.



Figura 15

Figura 16

FIG 15 y 16 Radiografía de falange frente y perfil con resultado que evidencia restauración de la superficie articular

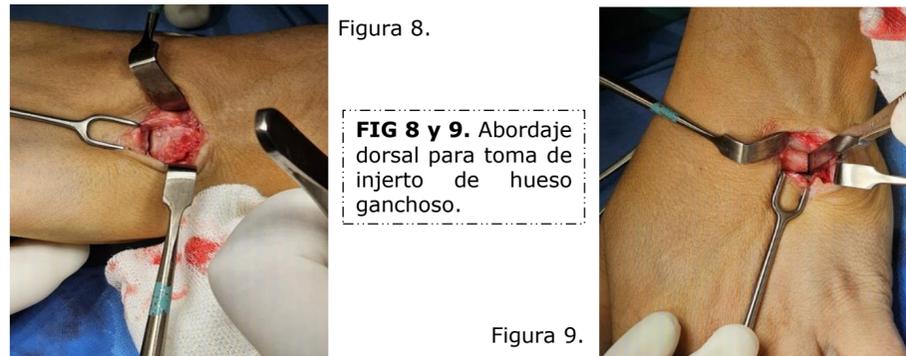


Figura 8.

FIG 8 y 9. Abordaje dorsal para toma de injerto de hueso ganchoso.

Figura 9.

RESULTADOS:

Radiografía post operatoria evidencia restitución de carilla articular, congruencia articular.

Se inician ejercicios de movilidad activa y pasiva asistida sin cargar peso hasta la semana 5°. Los arcos de movilidad en la semana 10 mostraron una flexión hasta 70°, permitiendo el cierre de la mano sin limitaciones. Se valoró el QuickDASH score con una puntuación de 2,3 / 100, lo que interpretamos como una funcionalidad satisfactoria.

PUNTOS RELEVANTES

El uso de injerto de ganchoso es una técnica avanzada para restaurar la anatomía y la función articular. La parte distal del hueso ganchoso presenta una cresta en el centro que se asemeja a la superficie articular en la base de la falange media, haciéndola un sitio ideal para extraer tejido osteocondral para trasplantes.

Las fracturas de la AIFP están entre las lesiones más complejas de la mano. Son fracturas comunes que pueden causar dolor, rigidez y deformidades angulares persistentes.

Estudios apoyan el uso de autoinjertos como tratamiento para la reconstrucción articular. consideramos como injerto el hueso ganchoso para la restauración articular, teniendo en cuenta las ventajas de este como la solidez estructural, este es un hueso con una forma curva y robusta, lo hace ideal para adaptarse a las necesidades anatómicas de muchas articulaciones. El hueso ganchoso puede integrarse rápidamente con el hueso receptor, lo que lleva a un proceso de curación rápido y eficaz.

Consideramos esta técnica como un procedimiento valioso y complejo, para tratar fracturas-luxaciones inestables en la AIFP, facilita la restauración de la anatomía articular y permite una movilidad temprana, logrando mejor resultados funcional.

BIBLIOGRAFIA: (1) Kolovich GP, Heifner JJ. Proximal interphalangeal joint dislocations and fracture-dislocations. J Hand Surg (Eur Vol) [Internet]. Septiembre de 2023;48(2_suppl):27S–34S. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/17531934231183259>. (2) Drain J, Mehta S, Goyal KS. An Analysis of Hamate Morphology Relevant to Hemi-Hamate Arthroplasty. J Hand Surg [Internet]. Julio de 2020; 45(7):657.e1-657.e6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.11.009>. (3) Hamilton S, Tang N, Lee G, Leong JC. Hemi-hamate arthroplasty vs. second toe osteochondral graft for PIPJ reconstruction: a comparison of outcomes. Eur J Plast Surg [Internet]. 28 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00238-022-02034-0> (4) Gianakos A, Yingling J, Athens CM, Barra AE, Capo JT. Treatment for Acute Proximal Interphalangeal Joint Fractures and Fracture-Dislocations: A Systematic Review of the Literature. J Hand Microsurg [Internet]. 10 de agosto de 2020;12(S 01):S9–S15. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713323>. (5) Breahna A, Mishra A, Arrowsmith J, Lindau T. The management of acute fracture dislocations of proximal interphalangeal joints: a systematic review. J Plast Surg Hand Surg [Internet]. 7 de julio de 2020; 54(6):323-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/2000656x.2020.1788041>.