

Artrodesis Interfalángica Proximal con Placa e Injerto Óseo en un Paciente con Osteoartritis Postraumática

Reporte de un caso



^Dr. Mondino Nicolas, Dr. Emiliano Rovatti, Dr. Fazzone, ^Dr. Ratto Marco, ^Dr. Martinez Carlos E.

^Sector de Cirugía de Mano y Miembro Superior, Instituto Dupuytren, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

La osteoartritis secundaria de la articulación interfalángica proximal (IFP) es una patología frecuente que causa dolor, con o sin inestabilidad y disminución del rango de movimiento, resultando en una discapacidad funcional significativa de la mano¹. Esta afectación tiene diversas causas entre ellas la postraumática, siendo una de las más frecuentes y relevantes. La severidad de la sintomatología depende de la magnitud y localización de la lesión inicial. Existen múltiples tratamientos con sus indicaciones, ventajas y desventajas.

Objetivo: Este trabajo busca demostrar que la artrodesis con placa mas injerto óseo es una opción valida en pacientes con Osteoartritis postraumática de la IFP y déficit de stock óseo significativo

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente masculino de 56 años de edad con antecedente de una cirugía en otro centro de atención por de herida grave de mano izquierda (No hábil) por amoladora con afectación en el tercer dedo de 3 meses de evolución. Refiere que se le realizo toilette quirúrgica, reparación del aparato extensor e inmovilización de la fractura con una férula de zimmer. Se presenta a la consulta de nuestro servicio dolor severo, rigidez digital, disestesias y desviación en valgo en la articulación IFP. Cicatriz eutrófica dorsal. La radiografía mostro destrucción de la cabeza articular de la falange proximal con una pérdida ósea del 50%, deseje y rotaciones en la articulación. (Figura1-2)



Fig.1: Imagen clínica de 3er dedo, Desviación en varoa nivel de IFP



Fig.2: Radiografía F y P del 3er dedo. A: Deseje y déficit del 50% de F1 distal. B: Subluxacion IFP

Procedimiento quirúrgico

Se trato al paciente bajo bloqueo regional. Se realizo abordaje dorsal sobre cicatriz previa en 3er dedo mano derecha. Incisión transtendon en forma longitudinal. Osteotomía distal de F1 siguiendo un Angulo de 90 grados (figura 3). Se reseco la superficie articular de la base de F2. Luego, se colocó injerto óseo autólogo de la cresta ilíaca tallado, fijándolo con un tornillo de mini fragmentos interfragmentario (Figura4). A continuación se estabilizo la artrodesis interfalángica mediante una placa bloqueada de 2,0 mm precontorneada (Figura 5), seguido de relleno de injerto óseo esponjoso.

El paciente mantuvo una férula digital por 2 semanas, posteriormente se indicó iniciar con rehabilitación con movilidad pasiva a las 2 semanas y activa a las 6 semanas. Se controló a la primer, segunda, tercer, sexta semanas y posteriormente 1 vez por mes hasta llegar al cuarto mes.

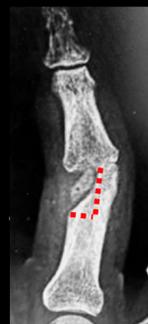


Fig.3: Osteotomía distal de f1



Fig.4: Injertotallado de cresta

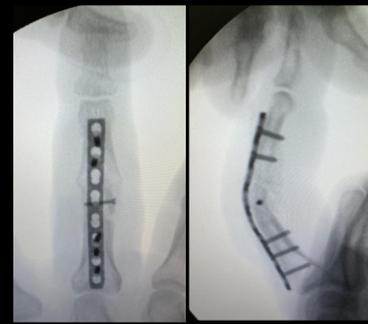


Fig.5: Rx intrapop F y P

RESULTADOS

A las 3 semanas no presentó dolor ni déficit sensitivo, obteniendo un puntaje DASH de 82/100. EVA 0/10. Se observo signos iniciales de consolidación ósea a los 30 días, con una franca consolidación a los 6 meses (Figura 6). Se recuperó el eje y longitud normal en comparación su 3er dedo de mano contralateral (Figura 7). Retorno laboral fue a los 45 días con un resultado estético muy aceptado por el paciente. No se reportaron complicaciones.



Fig.6: Rx con consolidación ósea a los 6 meses



Fig.7: resultado estético

DISCUSIÓN

La bibliografía es muy escasa en cuanto a la descripción de casos con déficit óseo en la articulación interfalángica proximal (IFP) y el uso de injertos óseos para mantener la longitud.⁽²⁻³⁻⁴⁾ La viabilidad y recomendación de esta técnica son cuestiones importantes. En la planificación de la mejor opción quirúrgica, es crucial individualizar el tratamiento según las actividades del paciente y si es su mano hábil o no.⁽³⁾

La literatura describe múltiples técnicas de artrodesis, cada una con sus beneficios y complicaciones. No obstante, ninguna de estas técnicas, salvo el uso de placa, permite controlar de manera precisa la longitud, las rotaciones y la estética del dedo.⁽⁴⁻⁵⁾

PUNTOS RELEVANTES

Las técnicas de artrodesis son variadas, pero recomendamos el uso de la placa de microfragmentos ante la necesidad de realizar una artrodesis interfalángica proximal con déficit de stock óseo por su capacidad para conservar la longitud, controlar rotaciones restaurar el eje anatómico digital y proporcionar una apariencia estética adecuada. Además de permitir una movilidad digital temprana con un pronto retorno a las actividades laborales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Tan M, Ho SWL, Sechachalam S. Acute Arthrodesis of Interphalangeal Joints of the Hand in Traumatic Injuries. J Hand Microsurg. 2018 Apr;10(1):1-5.
- 2 - Millrose M, Vonderlind HC, Thannheimer A, Ittermann T, Rütter J, Willauschus M, Bail HJ, Eisenschenk A. Arthrodesis of the Proximal Interphalangeal Joint of the Finger-A Biomechanical Study of Primary Stability. J Pers Med. 2023 Mar 2;13(3):465.
- 3 - Faulkner H, An V, Lawson RD, Graham DJ, Sivakumar BS. Proximal Interphalangeal Joint Arthrodesis Techniques: A Systematic Review. Hand (N Y). 2023 Jan;18(1):74-79.
- 4 - Jung J, Haghverdian B, Gupta R. Proximal Interphalangeal Joint Fusion: Indications and Techniques. Hand Clin. 2018 May;34(2):177-184.
- 5 - Büchler U, Aiken MA. Arthrodesis of the proximal interphalangeal joint by solid bone grafting and plate fixation in extensive injuries to the dorsal aspect of the finger. J Hand Surg Am. 1988 Jul;13(4):589-94.