

PATOLOGÍA DE LA MANO Y DEDOS

FRACTURAS DE LOS DEDOS

Las fracturas diafisarias de las falanges proximales y medias deben ser inmovilizadas con férula digital en semiflexión, por 3 semanas.

Las fracturas condíleas de las articulaciones interfalángicas proximales o distales deben tener una reducción anatómica, sino, provocan rigidez y desviaciones en los dedos, incapacitantes y antiestéticas; si es necesario deben ser reducidas quirúrgicamente y fijadas con tornillos de pequeño fragmento o Kirschner.

Las fracturas de las falanges distales consolidan sin problemas y su inmovilización solo se justifica para disminuir el dolor.

El Mallet finger consiste en la avulsión del tendón extensor de su inserción en el dorso de la base de la falange distal; se produce por una fuerza que flecta bruscamente la falange distal quedando el dedo en flexión a ese nivel e imposibilidad de extenderla. Puede ocurrir con arrancamiento óseo o con ruptura sólo del tendón. El tratamiento puede ser ortopédico o quirúrgico; el tratamiento ortopédico consiste en mantener la falange distal en hiperextensión para acercar los extremos avulsionados, manteniendo la interfalángica proximal en flexión, mediante una férula digital o yeso digital fenestrado por 3 a 4 semanas; debe controlarse semanalmente para asegurar la correcta posición de inmovilización.

LUXACIONES DE LOS DEDOS

Las más frecuentes ocurren a nivel de las articulaciones interfalángicas. La falange distal se desplaza hacia dorsal. Son fáciles de reducir ejerciendo tracción y flexión de la falange, aun sin anestesia; deben ser inmovilizadas por aproximadamente 10 días con una férula digital en semiflexión.

OSTEOARTRITIS DE LOS DEDOS:

Afecta principalmente a la 1ª y 2ª falange. Puede hacer Nódulos de Heberden en la 1ª falange, o de Bouchard en la 2ª falange. También se pueden presentar en las metacarpofalángicas.

En un dedo normal, se puede presentar por el stress o los traumatismos. Las superficies articulares se deforman, se redondean los ángulos y se pueden ahuecar, creando una hipermovilidad. El cuerpo reacciona formando una artrosis, que en un estadio posterior, deformará los dedos en desviación cubital o radial.

En osteopatía no se puede hacer mucho, sólo liberar las hipomovilidades que pueden producirse en las articulaciones metacarpofalángicas.

LESIONES: son clásicas:

- Inflamación de la sinovial de origen mecánico.
- Osteonecrosis y desgaste del cartílago.
- Espesamiento de la cápsula.
- Osteofitosis que contribuye a las nudosidades.
- Pinzamientos articulares.

RIZARTROSIS DEL PULGAR:

Frecuentemente aparece más en el varón que en la mujer y después de los 50 años. A menudo se debe a un agotamiento articular. Suelen coexistir con los nódulos de Heberden.

SINTOMATOLOGÍA:

Dolor que suele ser importante en los primeros cinco años, y se localiza en la tabaquera anatómica.

Aumenta durante:

- Los movimientos, que se vuelven torpes e impotentes, con localización en la raíz del 1er. metacarpiano.
- La presión de la interlínea trapecio-metacarpiana, sobre la cara externa de muñeca.
- La presión del metacarpiano sobre el trapecio.
- Durante la movilización de adelante hacia atrás de esta articulación, asociada con ruidos.
- Limitación de los movimientos de antepulsión y abducción, y dificultades en las distintas formas de prehensión.
- Impotencia funcional, puesta en evidencia durante los gestos de la vida diaria (escritura, costura, etc); y al soltar objetos.

Deformaciones:

- Nudosidades del 1er. Metacarpiano: es una saliente ósea dura, regular o prominente, en hipertrofia de la base del 1er meta.
- Subluxaciones: de la base del meta, hacia fuera que provoca una aducción, y de la 1ª falange hacia adentro y en extensión mientras que la 2da. falange va en flexión.
- Deformación del pulgar en "Z": que es progresiva y debida a las subluxaciones.

Radiológicamente se observa:

- Disminución de la interlínea trapecio-metacarpiana.
- Osteofitosis marginal.
- Subluxación por fuera del metacarpiano y por dentro de la 1ª falange.
- Osteocondensación y placas de descalcificación a nivel del trapecio (microgeodas).

EVOLUCIÓN:

Es una enfermedad penosa por la molestia dolorosa. Puede ser bilateral. Termina el proceso dejando una impotencia ligera del pulgar, pero sin dolor.

ARTROSIS DE LA MUÑECA:

Suele aparecer secundaria a esguinces o fracturas de Pouteau Colles, y afecta principalmente al escafoides, dando lugar a dolores en flexión o en extensión.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

Calor, U.S., movilización para restaurar el juego articular en la cápsula y supresión de las subluxaciones o de las fijaciones articulares.

POLIARTRITIS REUMÁTICA (CRÓNICA EVOLUTIVA).

Es una afección poliarticular inflamatoria, con evolución crónica y de etiología desconocida, que afecta sobre todo a la mujer. Es una enfermedad invalidante, con mal pronóstico funcional.

Un tratamiento enérgico y precoz, manteniéndolo durante mucho tiempo, permite una estabilización de las lesiones.

ETIOLOGÍA:

Causa desconocida, con sospecha de origen viral o microbiano. El sujeto fabrica anticuerpos que van a reaccionar en la sinovial.

Enfermedad inmunológica, que provoca una reacción alérgica contra el tejido conjuntivo.

Los fagocitos contendrían un factor reumático.

Factores que lo favorecen:

Herencia.

Infección rinofaríngea.

Agotamiento físico y psicológico.

Perturbaciones afectivas (emociones).

Traumatismos.

Exposición al frío o a la humedad.

ANATOMO-PATOLOGÍA:

Es una enfermedad inflamatoria del tejido conjuntivo que afecta a:

- Articulaciones.
- Piel.
- Músculos.
- Ganglios.
- Ojos.
- Bazo.
- Corazón.
- Membranas de protección de los nervios periféricos.

Pannus sinovial: La lesión básica es una sinovitis articular, que afecta a la capa interna de la sinovial y destruye las superficies articulares, antes de alcanzar al hueso.

Aspecto histológico de la sinovial: Proliferación de un tejido de granulación conjuntivo-vascular rico en plasmocitos y linfocitos. Zonas de degeneraciones fibrinoides, lesiones periféricas.

Nódulo reumático: Es una nudosidad subcutánea constituida por tres zonas: Zona central necrótica con depósitos fibrinoides.

Zona de fibroblastos (colágenos) en corona alrededor de la precedente.

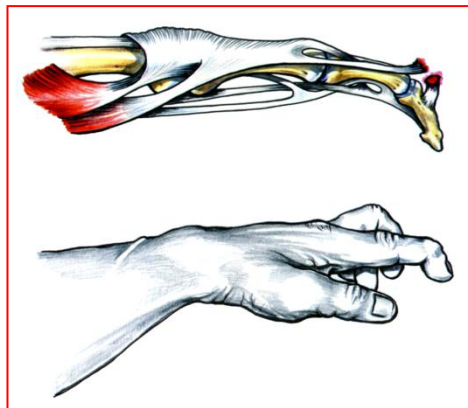
Zona de fibrosis periférica infiltrada de linfocitos y de plasmocitos organizados en empalizada.

Se pueden observar en todas partes:

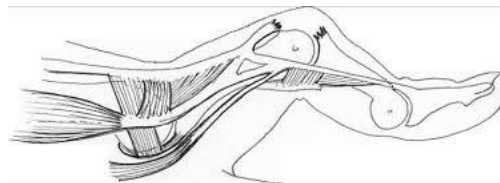
- Lesiones cápsulo-ligamentarias:
 - Esclerosis capsular retráctil.
 - Distensión o retracción ligamentaria.
- Lesiones extra-articulares.
 - Rupturas tendinosas, debidas a los nódulos que provocan sinovitis, bursitis.
 - Contracturas, retracciones y atrofia muscular.
- Lesiones óseas.
 - Destrucción y anquilosis articular.

LOCALIZACIONES:

- Mano: En desviación cubital, debido a una sinovitis de la articulación metacarpo-falángica; los tendones extensores y flexores tiran hacia adentro.
- Dedos: Dedo en martillo o mallette: ruptura del extensor de la 3ra. falange.



Dedo en forma de botonera: sinovitis de la interfalángica proximal, ruptura de la banda estrecha del extensor de la 1ª falange, distensión de las bandas estrechas sagitales.



Dedo en forma de cuello de cisne: sinovitis de la metacarpofalángica, ruptura de la banda estrecha del extensor de la 1ª falange, distensión de las bandas estrechas sagitales.



EVOLUCIÓN.

Etapa de sinovitis inflamatoria: Pannus sinovial.

Etapa de osteoartritis: Destrucción del cartílago articular, del hueso subcondral y de los elementos periarticulares.

Etapa de artritis crónica: deformaciones, luxaciones, anquilosis fibrosa.

CLÍNICA EN LA MUJER JOVEN: (25 A 30 AÑOS).

FASE DE INICIO:

Lesiones articulares:

Dolores nocturnos, tipo hormigueo o quemadura que aparece en la primera mitad de la noche.

Rigidez matinal, superior a 30 minutos.

Localizaciones: muñeca, M.F., I.F.P. de los 2do. Y 3er. Dedos (m. Sup) y en las M.F. (m. Inf).

Examen: articulación tumefacta con edema, pero temperatura normal. La palpación y movilización son dolorosas.

Estado general: inflexión ponderal, febrícula.

Biología: aumento de la eritrosedimentación. Reacción de látex y Waaler-Rose negativas. El líquido articular presenta signos de inflamación. La biopsia del nódulo confirma el diagnóstico.

Fase de estado: es la fase de osteoartritis.

Lesiones articulares: hay deformaciones, destrucción, anquilosis, rigidez bilateral y simétrica.

Lesiones extra-articulares: bursitis, tendinitis, rupturas tendinosas. Amiotrofia agravada por la cortisona. Adenopatía. Esplenomegalia. Iriditis. Pericarditis crónica, insuficiencia respiratoria debida a un pulmón reumático.

Estado general: febrícula, astenia, anorexia, adelgazamiento.

Biología: anemia. Aumento de la eritrosedimentación. Aumento de las alfa 2 globulinas y de las gamma globulinas. Reacciones de látex y de Waaler-Rose positivas. Puesta en evidencia del factor reumático anticuerpo, antigammaglobulina.

RADIOLOGÍA:

Fase de inicio: la radiografía permanece normal, durante mucho tiempo; el único signo visible es una desmineralización epifisaria.

Fase de estado:

- Hinchazón de las partes blandas.
- Pinzamiento y muescas, debidas al pannus sinovial.
- Desaparición de las interlíneas y dislocación articular.

PARA SABER MÁS

Existen 4 etapas radiológicas:

- Etapa 1 descalcificación epifisaria.
- Etapa 2 pinzamiento articular.
- Etapa 3 erosión de las superficies óseas.
- Etapa 4 desaparición de las líneas articulares y deformaciones.

EVOLUCIÓN:

Es una enfermedad que evoluciona durante años, por brotes sucesivos. Hay afectación de nuevas articulaciones, aumento de la velocidad de sedimentación. Remisiones que son posibles espontáneamente, después de un tratamiento, embarazo o una hepatitis viral.

TRATAMIENTO:

Principios:

- Ser lo menos agresivo posible.
- No utilizar cortisona, salvo en casos excepcionales.
- Rever la terapia en el transcurso de la evolución.
- Dejar una amplia parte a la fisioterapia, para preservar las articulaciones.

Medios.

Medicación:

- Antiinflamatorios: aspirina (de 2 a 3 gr/día). No esteroides.
- Antimalarica de síntesis: son derivados de la quinina. Riesgo ocular.
- Sales de oro (aloorisina): dosis 1,3 a 4-5 gr. Inyectable 5 cc/semana, y 10 cc/semana. Riesgos alérgicos cutáneos, renales, hematológicos.

Corticoterapia: no sobrepasar por día en infiltración o por vía oral.

Inmunodepresores: (d. Penicilamina), provocan una disminución de la actividad de los anticuerpos patológicos.

Indicaciones:

- P.R. evolucionada: Cortisona (menos de 5 mg/día).
- P.R. de inicio: antiinflamatorios, sales de oro, antimalaricos, inmunodepresores, reeducación.

Fisioterapia: tiene como objetivo preservar la función articular, conjugar los efectos de la ergoterapia, hidroterapia, yesos de reposo y zapatos ortopédicos.

Cirugía:

- Medios curativos: sinovectomía. Sinoviortesis que es la inyección en la articulación (ácido ósmico o Nithion radio-activo), que destruye la sinovial.
- Medios paliativos: prótesis total o parcial. Corrección de los genus valgus y pies cavos.

REUMATISMO PSORIÁSICO:

Es un traumatismo inflamatorio, caracterizado por la presencia de signos cutáneos y de una P.R. particular.

Es muy frecuente, y se encuentra en el 1 ó 2% de la población europea, siendo afectado el hombre más a menudo que la mujer.

La psoriasis cutánea aparece antes que las lesiones articulares, siendo éstas poco frecuentes.

SINTOMATOLOGÍA:

- **Signos cutáneos:**
 - Mancha eritematoescamosa de asiento variable: cuero cabelludo, codo, rodillas, región lumbar, órganos genitales y alrededor de las uñas.
 - Raspadura que muestra el signo de la mancha de vela.
 - Signo del rosado sangriento después de la raspadura. Hay puesta al desnudo de una zona rosada con punteado hemorrágico.

PARA SABER MÁS

En el 15% de los casos, estas lesiones son pruriginosas y la evolución se hace por brotes con intervalos variables.

- **Signos articulares:** evocan una P.R. con lesión de las interfalángicas distales. Hay una tendencia a la destrucción ósea. Lesión de las sacroilíacas y de las coxofemorales.

ETIOLOGÍA:

Desconocida, incriminación de la herencia y del factor alérgico (asma).

EVOLUCIÓN:

Por brotes, nunca hay lesión visceral.

TRATAMIENTO:

Se tratan de evitar las drogas que tengan acción cutánea. (Crioterapia, antimaláricos, corticoides, fenilbutazona). Se prescriben derivados no esteroideos (aspirina).

LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

Es una afección de origen desconocido que provoca el cierre progresivo de la mano por retracción de la aponeurosis palmar superficial. En una mano normal existe un tejido que se encuentra ubicado entre la piel y los tendones flexores denominados aponeurosis palmar superficial. Este tejido tiene la forma de un triángulo cuyo vértice se encuentra en la muñeca y su base está dirigida hacia los dedos. A su vez esta aponeurosis tiene prolongaciones que van hacia cada uno de los dedos y el

pulgar. La retracción de la aponeurosis palmar y sus prolongaciones digitales van formando nódulos y cuerdas fácilmente palpables que cierran lenta pero progresivamente la mano. Generalmente los dedos involucrados son el meñique y el anular, pero todos pueden afectarse aisladamente o en conjunto

TIPOS DE PARÁLISIS NERVIOSAS PERIFÉRICAS

NERVIO RADIAL.

Se caracteriza clínicamente por la mano péndula, esto es comprensible, ya que este nervio inerva todos los extensores del carpo y de los dedos, significa que el paciente permanece con actividad flexora, pero afuncional, no puede prensar porque para esto es menester la extensión de la articulación radiocarpiana y esta actividad quedará anulada, tampoco tienen actividad los abductores del primer dedo.

NERVIO CUBITAL.

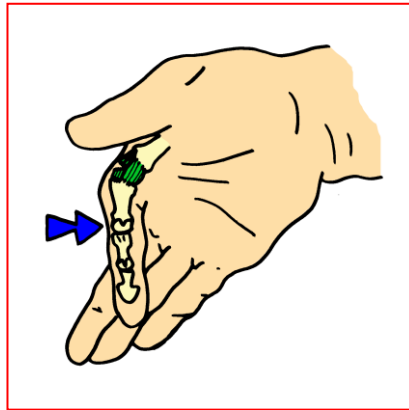
Origina la típica mano en garra o esquelética que obedece al desequilibrio biomecánico de la acción de los músculos sobre los dedos, es decir, la falange proximal de los 4 últimos dedos se encuentran en hiperextensión (por la acción del extensor digital común) y las falanges distales se encuentran en flexión (por la acción de los flexores superficial y profundo), al no existir la actividad de los interóseos y lumbricales mediales, la flexión metacarpofalángica no puede realizarse; así como su abducción, por lo que la postura es la descrita, en cuanto al primer dedo no le será posible realizar la aducción y el quinto dedo no podrá realizar ninguna actividad salvo la flexión y extensión. Esta gran cantidad de músculos que si perdura la lesión, se atrofian y dan un aspecto de una mano huesuda, por esta apariencia se le denomina mano esquelética.

NERVIO MEDIANO.

Esta parálisis se conoce como la mano del predicador en alusión a la posición que colocan los dedos los pastores religiosos cuando predicán a sus feligreses: colocan los 3 primeros dedos en extensión y semiflexionan los 2 últimos. Esta es el resultado de la inactividad paralítica de los flexores superficiales y profundos del segundo y tercer dedos y parte del flexor corto del primero, por supuesto, al no existir contraparte mecánica todos los dedos afectados se colocan en extensión o existe solo una ligera flexión y aducción del primer dedo, los demás músculos de la región tenar están inactivos.

ESGUINCE DE LA METACARPO - FALÁNGICA DEL DEDO ÍNDICE:

El mecanismo de producción es por un traumatismo en abducción o en hiperextensión.



SINTOMATOLOGÍA:

- Edema.
- Dolor a la palpación.
- Impotencia funcional.
- Disminución de la fuerza de prensión.
- Equimosis, si existe desgarro o ruptura.
- Dificultad en la pinza pulgar-índice.

TRATAMIENTO:

Vendaje funcional durante 10 días. En los graves se inmovilizan con férula de escayola durante 3 a 4 semanas. Pueden quedar secuelas dolorosas, edema reaccional y residual de 3 a 6 meses.

En osteopatía, en el esguince o hipermovilidad, se hace un trabajo funcional, sobre todo liberando la hipomovilidad que asienta en algún sitio de la columna de ese dedo, escafoides, trapecoide, base del metacarpiano, etc.

ESGUINCE DE LOS OTROS DEDOS:

Son muy raros y afecta principalmente a las articulaciones interfalángicas proximales y a las metacarpofalángicas.

El mecanismo de producción suele ser un movimiento forzado de lateralidad o en hiperextensión que lesiona los ligamentos laterales.

TRATAMIENTO:

Sindactilización durante 10 días. Se toma un dedo en relación al otro y se inmovilizan los dos juntos.

Para las metacarpofalángicas, también se puede hacer un vendaje funcional, poniendo un anclaje sobre la cabeza de los metacarpianos y pasando el esparadrapo por un lado y por el otro, en forma de ocho, para inmovilizar bien las metacarpofalángicas. También se puede realizar un anclaje, hacer el resto del montaje solidarizando los dedos. En los esguinces laterales también se puede hacer vendaje funcional para mantener los ligamentos laterales fijos.

