

Fracturas de las falanges de los dedos de la mano

Dr. Antonio Riera*
Dr. Gustavo García**
Dr. Jesús Troconis***

Riera A, García G, Troconis J. **Fracturas de las falanges de los dedos de la mano.** Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 1994; 26:126-131.

Resumen

Entre 1961 y 1992 se realizó un estudio retrospectivo revisándose 367 historias clínicas que reportaron 450 fracturas de los dedos de la mano atendidas en la emergencia del Hospital Militar que ameritaron tratamiento hospitalario. Se encontró que las edades estaban comprendidas entre 3 a 45 años con un promedio de 28,62%, siendo el hombre más afectado que la mujer en una relación de 50 a 1. Las fracturas abiertas representaron un 70,78%. El trauma directo y las heridas por arma de fuego fueron las causas más importantes. Las lesiones en piel representaron un 13,35% de las asociadas a la fractura. El tratamiento realizado fue conservador 82,44% y quirúrgico 17,56% de acuerdo a las características propias de cada fractura. Las complicaciones fueron observadas en su mayoría en los pacientes tratados conservadoramente.

Abstract

Between 1961 and 1992 a retrospective survey was made of 367 clinical histories of 450 finger fractures that were attended at the hospital emergency requiring hospital attention with treatment. The ages were found to be between 3 and 45 years old with 28,62% of the average, being men more affected than women from 50 to 1. The open fracture represented about 70,78% and the most important cause was the direct trauma and the gun wounds. The most affected was the near phalange of the index finger. The injury skin represented 13,35% of this fracture. The treatment done was as preserver in 82,44% and surgical 17,56% according to each characteristic patients with preserver treatment showed more complications in particular, the rigid 78 fracture, the infection 11 fracture and pseudoarthrosis 14 fracture, and with no complication 166 fracture. In fracture with a surgical treatment, even though they were less, complications were almost none.

Palabras claves

Huesos del carpo, Traumatismos de la mano, Traumatismos de los dedos, Rigidez muscular.

Introducción

Las lesiones en la mano representan en la actualidad una alta incidencia debido a la gran utilidad que tiene ésta en los quehaceres diarios.

Cuando una mano se fractura es necesario reducir la fractura con la mayor exactitud para restaurar la función de ésta. El tratamiento a cielo cerrado, manipulación e inmovilización en posición funcional está indicado en casi todas las fracturas estables, pero como toda regla existen sus excepciones, entre las cuales tenemos:

- Fracturas desplazadas con fragmentos pequeños intraarticulares como para manipularlas.
- Fracturas tan desplazadas que la interposición de partes blandas no permiten la reducción mediante manipulación.
- Fracturas tan inestables que el movimiento articular o la contractura muscular no tardan en desplazarla.
- Fracturas múltiples en la mano en la mano que no pueden mantenerse en posición funcional.
- Fracturas expuestas complicadas.
- Fracturas que atrapan a un tendón entre los fragmentos imposibilitando su reducción a cielo cerrado.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo desde 1961 a 1992 tomado del archivo del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", revisándose 367 historias clínicas que reportaron 450 fracturas de las falanges de los dedos de las manos.

Se encontró que las edades estaban comprendidas entre 3 años a 45 años con un promedio de 28,62%, siendo el hombre más afectado que la mujer en una relación de 50 a 1. Esta frecuencia está en relación con el tipo de paciente militar que es atendido.

Hacemos notar que encontramos una mayor afectación de la mano derecha en comparación con la izquierda, siendo para la mano derecha 194 casos (52,86%), y para la mano izquierda 173 casos (47,14%). También el tipo de fractura predominante fue la abierta

(*) Médico Residente de 2º año de Postgrado, Dpto. de Traumatología y Ortopedia, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela.

(**) Médico Residente de 4º año de Post-grado, Dpto. de Traumatología y Ortopedia, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela.

(***) Jefe Encargado de la Unidad de Mano del Dpto. de Traumatología y Ortopedia, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela.

con 318 casos (70,78%) y las fracturas cerradas 132 casos (29,22%). (Ver cuadro N° 1).

Las causas de las fracturas fueron: (Ver cuadro N° 2)

- Trauma directo con 141 casos (38,41%)
- PAF* con 115 casos (31,33%)
- Arma blanca con 56 casos (15,25%)
- Accidentes laborales con 26 casos (7,08%)
- Accidentes viales con 23 casos (6,30%)
- Otros (explosivos) con 6 casos (1,63%)

(*) PAF: Proyectoil Arma Fuego.

También se encontró que el dedo más afectado fue el dedo índice con 132 casos (29,33%), luego el meñique con 106 casos (23,56%), el dedo medio con 89 casos (19,74%), el dedo anular con 80 casos (17,82%) y el dedo pulgar con 43 casos (9,55%). (Ver cuadro N° 3).

También encontramos que la falange más afectada fue la falange proximal de todos los dedos, específicamente el dedo índice y meñique.

Los pacientes fueron atendidos en la emergencia de nuestro hospital en un 70% como primo-consultante, y un 30% entre consultas tardías y referidas de otros centros asistenciales.

Una vez en la sala de emergencia se le practica una

evaluación integral de sus lesiones, se le realizan estudios radiológicos y se instala el tratamiento de acuerdo al tipo de fractura (abiertas o cerradas); causas de esas fracturas y de las lesiones asociadas locales y sistémicas presentes.

Los pacientes con fractura abierta fueron hospitalizados con un promedio de diez días (de 1 a 34 días). Recibiendo curas rigurosas, antibióticoterapia parenteral a base de defalosporinas y aminoglicosidos, e inmovilización funcional de la mano (yeso, tracción digital o fijación interna).

Los pacientes con fractura cerrada fueron hospitalizados por otras lesiones concomitantes agregadas. Encontramos que las lesiones en el mismo dedo fueron:

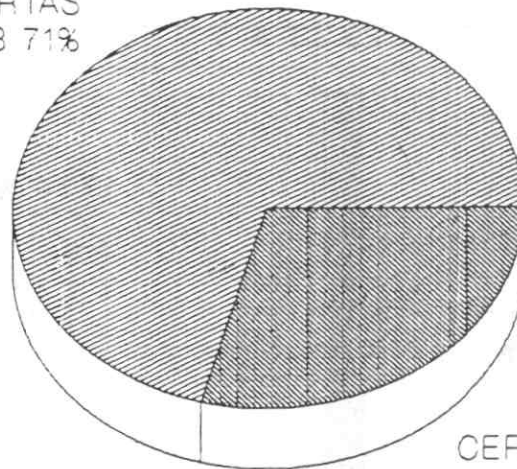
- Lesiones tendinosas con 29 casos (8,02%)
- Lesiones en piel con 49 casos (13,35%)
- Lesiones vasculares con 6 casos (1,63%)
- Amputaciones traumáticas con 20 casos (5,44%)
- Luxaciones con 13 casos (3,54%)
- Otras fracturas asociadas con 6 casos (1,63%)
- Ningunas con 256 casos (69,75%)

Las lesiones concomitantes en otras zonas del cuerpo fueron:

- Politraumatismos con 29 casos (8,03%)

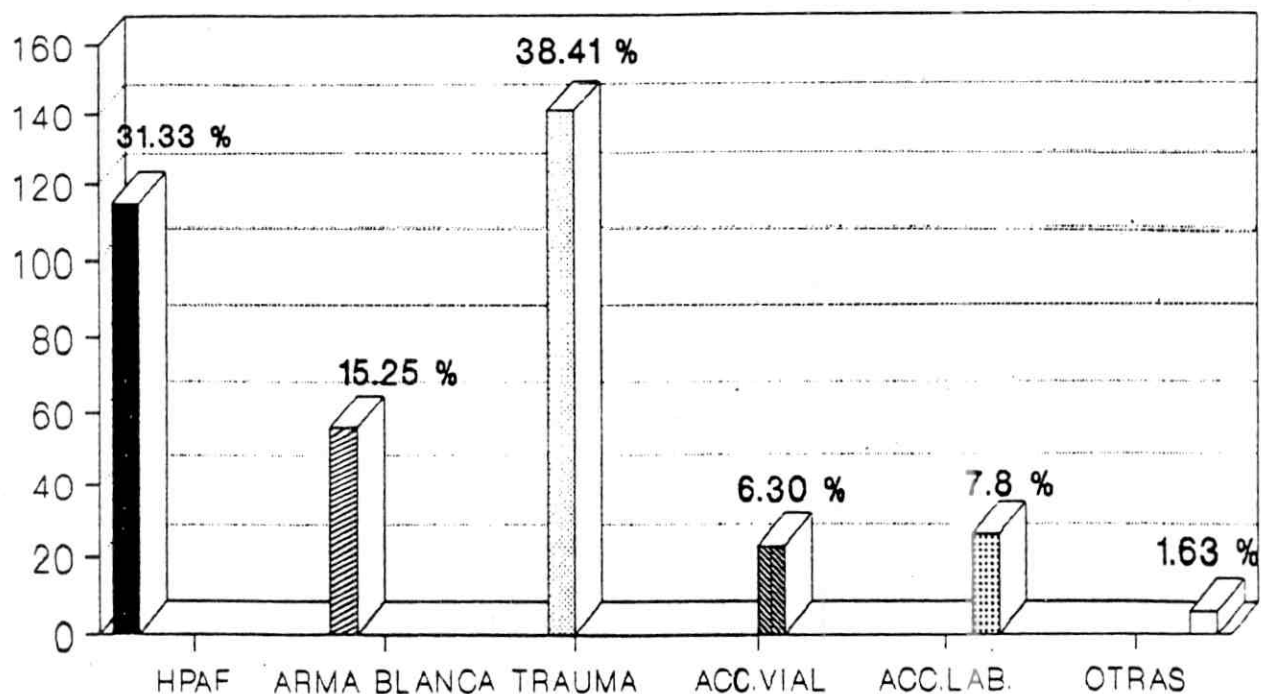
CUADRO 1
Fx De falanges de la mano. Tipos de fracturas

ABIERTAS
70.78 71%



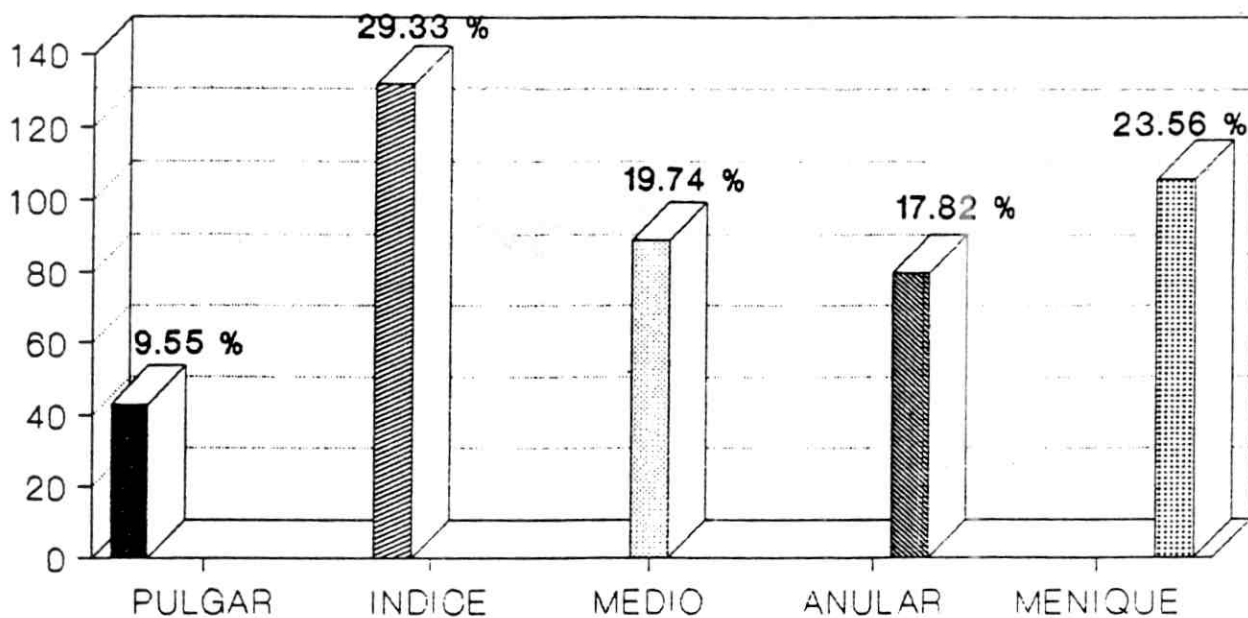
CERRADAS
29.22 29%

CUADRO 2
Fx falanges de la mano. Causas



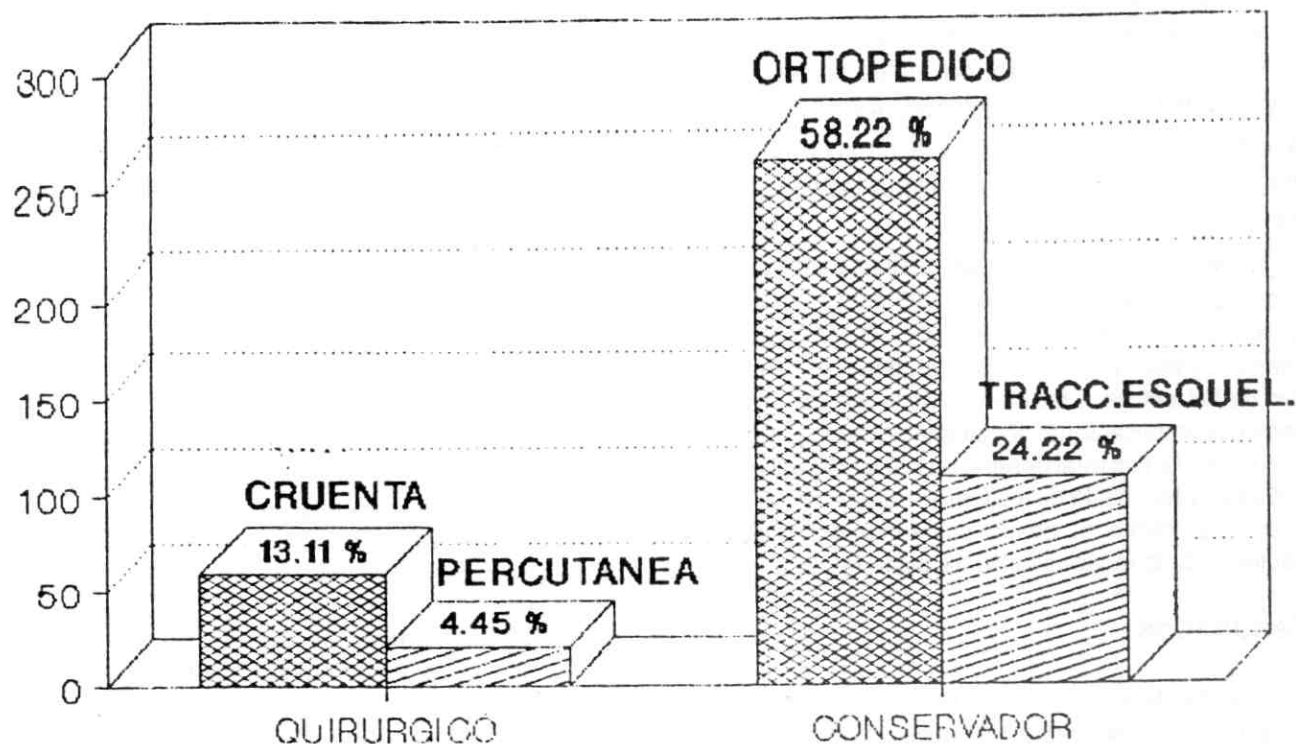
ARCHIVO HOSPIMIL

CUADRO 3
Fx falanges de la mano. Dedo más afectado

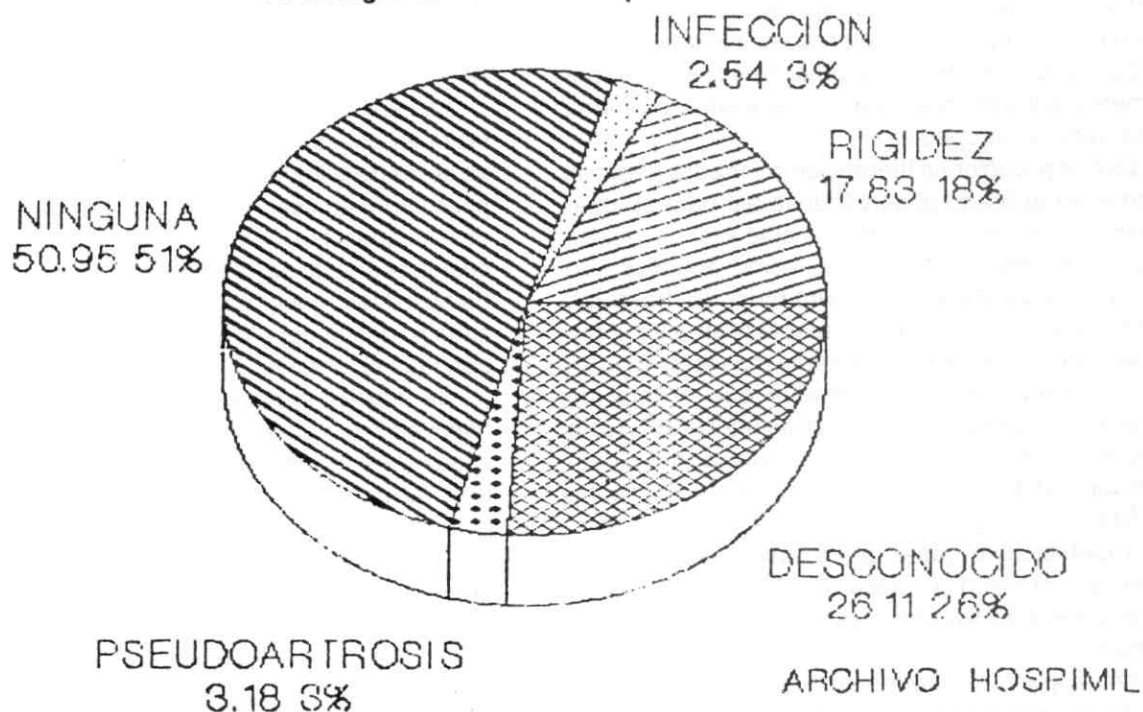


ARCHIVOS HOSPIMIL

CUADRO 7
Fx falanges de la mano. Tratamiento



CUADRO 8
Fx falanges de la mano. Complicaciones



Trauma tóraco-abdominal con 10 casos (2,67%)
 Mano ipsilateral con 106 casos (28,88%)
 Extremidades con 10 casos (2,67%)
 Lesiones neurológicas con 3 casos (0,89%)
 Ninguna otra lesión con 209 casos (57,14%)

A la mayoría de estos pacientes se les realizó manipulación, reducción e inmovilización funcional de la mano en el sala de emergencia, otros casos fueron diferidos a cirugía electiva al mejorar las condiciones generales del paciente.

El tratamiento realizado fue en unos casos conservador donde hubo 371 casos (82,44%), y en otros quirúrgicos donde hubo 79 casos (17,56%). El tratamiento de elección fue dirigido en base a la complejidad de la fractura, a las causas de la misma, contaminación, complicaciones locales y generales, etc. (Ver cuadro N° 7). Del total general de pacientes solamente 108 pacientes (29,42%) recibieron tratamiento fisiátrico y esto se debió al desconocimiento por parte del paciente de lo incapacitante de estas fracturas.

Resultados

Los resultados obtenidos después del tratamiento elegido fueron basados según las complicaciones reportadas, como fueron: Rigidez 80 casos (17,83%), Infección 11 casos (2,54%), Pseudoartrosis 14 casos (3,18%), Sin complicaciones 229 casos (50,95%) y desconocido 116 casos (26,11%). (Ver cuadro N° 8).

El renglón desconocido lo explicamos por la falta de información del paciente con respecto a su lesión, lo que hizo que no regresara a consulta sucesiva, especialmente aquellos que fueron manejados en forma conservadora (ortopédica).

Las complicaciones fueron seleccionadas según el tratamiento aplicado observándose así para el tratamiento conservador la mayor incidencia de rigidez tanto en el manejo ortopédico como aquellos con tracción esquelética, representando 30 fracturas (37,5%) y 48 fracturas (60%) respectivamente. Aunque sabemos que fue el tratamiento más empleado en el grupo estudiado es de resaltar que el total de pacientes con pseudoartrosis 14 fracturas (100%) sólo se observaron en aquellos casos manejados ortopédicamente, atribuido esto a inmovilización insuficiente, movilización precoz, tipo de fracturas, infección, etc.

Es satisfactorio saber que tuvimos pacientes sin complicaciones en 116 casos (72,50%) con este tratamiento a pesar de las condiciones y circunstancias en la emergencia de un hospital militar.

Con respecto al tratamiento quirúrgico que fue seleccionado en aquellos pacientes con fracturas ines-

tables, con lesiones vasculares, tendinosas, obtuvimos resultados satisfactorios, con ausencia de infección y pseudoartrosis a pesar del minoritario grupo de pacientes 79 casos (17,56%) tratados quirúrgicamente, su evolución fue suficiente, especialmente con la fijación percutánea.

Las ventajas del tratamiento quirúrgico con respecto al conservador está en la rapidez de movilización de las otras articulaciones de la mano, que necesariamente deben ser inmovilizadas y condenadas en el tratamiento conservador.

Conclusiones

La evolución y pronóstico de las fracturas de las falanges de los dedos de la mano van a depender de la complejidad fracturaria, la contaminación, la causa de la fractura, asociación de lesiones tendinosas, vasculares y neurológicas, lesiones sistémicas, así como el tiempo entre el momento de la lesión y la asistencia médica especializada. El tratamiento certero y confiable, la movilización precoz y control, así como un equipo multidisciplinario para la total recuperación e integración del paciente a su medio bio-psico-social.

La casuística presente en este estudio es propia de nuestro hospital donde se recibe a una población joven en servicio militar activo, expuesta a cualquier lesión por manejo de arma de fuego y explosivos, así como por ser un centro de referencia nacional que hace que nuestros valores difieran de otro hospital general donde por supuesto las causas serán de otro orden (laborales).

Las lesiones en la mano de cualquier índole, son lesiones potencialmente incapacitantes a las cuales no se les da la importancia necesaria en una población poco informada sobre las secuelas que conllevarían a una incapacidad parcial o total de una persona en cualquier ámbito de trabajo. Esto sumado a la carencia de hospitales generales con departamento especializado para atender y controlar estas lesiones agravan aún más el pronóstico.

Se impone la necesidad de crear y dotar en los hospitales generales de un personal especializado capaz de informar, resolver y controlar este tipo de lesiones para así garantizarle a la población una recuperación integral a su medio social.

Bibliografía

1. Age J. Principios en el tratamiento de las fracturas de las falanges media y proximal de la mano. *Orthop North A* 1992; 23:3540.

2. Campbell. Cirugía Ortopédica. Editorial Panamericana 1990; 7a. ed. 183-193.
3. Ishizuki M, Fukuda K. Aplicación de pines Zafiro como medio de fijación interna de la extremidad superior. J Hand Surg (AM) 1991; 16:922-8.
4. Maitra A, Burdett S. Manejo conservador de las fracturas

de falanges de la mano en accidentes, en un servicio de emergencia. J Hand Surg 1992; 17:332-6.

5. Pun-WK, Chow SP, So C. Fracturas falanges inestables: Tratamiento con tornillos y placas fijación A-O. J Hand Surg (AM) 1991; 16:113-7.