CAPÍTULO 61
Patología ortopédica de la mano

Ignacio José Guillen

De las numerosas afecciones ortopédicas de la mano del adulto describiremos las cuatro de mayor prevalencia: las enfermedades de Dupuytren, De Quervain, el dedo en resorte y la rizartrosis del pulgar.

Enfermedad de Dupuytren

Referida en algunos textos como contractura de Dupuytren. Es una afección indolora y de etiología desconocida que se caracteriza por producir una fibrosis de la fascia palmar superficial, que determina una retracción digital y la formación de cuerdas y nódulos.

La descripción original corresponde al Barón Guillaume Dupuytren, quien expuso el tratamiento de la enfermedad al realizar, ante una clase de estudiantes de medicina, una operación demostrativa de liberación de la contractura (Elliot, 1989).

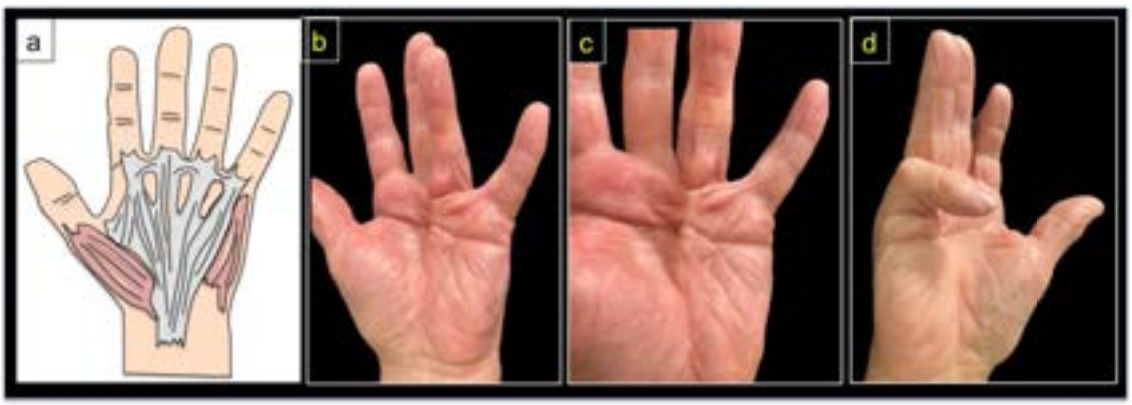

Fig. 61.1. Enfermedad de Dupuytren

a) *Esquema de la aponeurosis palmar media de la mano.* ***b)*** *y* ***c)*** *Paciente con enfermedad de Dupuytren, cuerda tendinosa que flexiona el dedo anular.* ***d)*** *Paciente con importante flexión MTC e IFP del dedo meñique por enfermedad de Dupuytren. (Archivo imágenes Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital El Cruce)*[173]

[173] Gentileza Osvaldo Romano.

La aponeurosis palmar superficial tiene forma de triángulo invertido cuyo vértice se origina en la muñeca y su base se dirige hacia los dedos con prolongación a los mismos. El tendón del palmar menor finaliza en esta aponeurosis **(Fig. 61.1 a)**.

Es franco el predominio en hombres mayores de 40 años con antecedentes hereditarios o étnicos (escandinavos, Noroeste de Europa) (Ng.M, 2020). No es excepcional la concomitancia con hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo).

También se observa preponderantemente en personas diabéticos y en trabajadores manuales por microtraumatismos.

Clínica

Es una enfermedad indolora. A la inspección y a la palpación se constatan cuerdas pretendinosas palmares y digitales, con nódulos. A medida que la afección avanza se produce retracción digital en flexión de las articulaciones MTCF e IF **(Fig. 61.1 b-d)**. Puede ser bilateral. Se observa en orden de frecuencia en el 4to y el 5to dedos especialmente, luego en el pulgar, excepcionalmente en el dedo índice.

Puede asociarse con la retracción de la aponeurosis plantar (enfermedad de Ledderhose) y en los hombres puede afectar el pene en forma de una cuerda fibrosa retráctil, denominada enfermedad de Peyronie. El compromiso de pies y pene es muy raro.

Dado que no duele, la dificultad que provoca estriba en la falta de extensión de los dedos. En orden creciente la enfermedad pasa de tener sólo nódulos en la palma de la mano a progresivamente retraer las cuerdas pretendinosas en dirección a las falanges. Esto determina una flexión de las articulaciones MTCF e IF moderada o severa hasta que los pulpejos de los dedos contacten con la palma. Según el grado de retracción, se han desarrollado varias clasificaciones de interés para el especialista.

Diagnóstico

Pueden presentarse dos escenarios diferentes para el diagnóstico: hallazgo casual o motivo de consulta. En este último caso, el motivo es la deformidad y la dificultad en extender los dedos, lo que afecta el uso de la mano (introducir la mano en el bolsillo). En ocasiones el nódulo podría molestar con la presión, por ejemplo al empuñar un cuchillo o herramienta.

El diagnóstico es fundamentalmente semiológico clínico: inspección, palpación y movilidad pasiva. El examen puede completarse con la medición de los grados de movilidad por goniometría. Si se solicitara ecografía, ésta evidenciaría el engrosamiento de la aponeurosis palmar.

Tratamiento

La única alternativa en el momento actual es la cirugía. Está indicada en grados en que existe flexión MTC e IF. Es deseable realizarla antes de una flexión extrema que pudiera requerir injertos de piel.

Es fundamental, como en prácticamente todas las intervenciones del adulto, la rehabilitación posterior. La participación profesional en el uso de la mano, en especial por profesionales de rehabilitación (TO), se considera clave.

El tratamiento quirúrgico incluye desde técnicas percutáneas hasta resecciones extensas de la aponeurosis (aponeurectomía parcial o total) y sus bandas tendinosas. Esto requiere muchas veces incisiones en zeta o zig-zag, o uso de colgajos y hasta injertos de piel. La recidiva es una complicación posible por el genio de la enfermedad.

Enfermedad de De Quervain

La tenosinovitis de De Quervain es la inflamación del tejido sinovial que rodea los tendones abductor largo y extensor corto del pulgar, en su paso por el túnel del primer compartimiento dorsal de la muñeca. Túnel que está constituido por el piso óseo de la estiloides radial y un techo fibroso. Esta corredera osteofibrosa actúa como una polea.

Se produce un conflicto continente-contenido, en el que la estenosis de la polea reduce el espacio para los tendones, y la inflamación sinovial resultante incrementa el volumen aumentando la estenosis. En ocasiones, tendones aberrantes o supernumerarios potencian lo descrito. Esta situación se traduce en dolor, inflamación e incluso bloqueo de los tendones dentro del primer compartimento cuando el paciente mueve el pulgar.

En la etiología pueden señalarse esfuerzos manuales repetidos de la muñeca y de la mano (como atornillar, retorcer, enroscar). Se atribuye en estos casos, a la actividad con frecuente abducción del pulgar y simultánea desviación cubital de la muñeca. Si la tensión sobre los tendones del primer compartimiento dorsal es sostenida y repetitiva se produce una fricción a la altura de la vaina retinacular rígida, con el subsiguiente aumento del volumen o estrechamiento del canal fibroso o ambos. Es significativo el antecedente de fracturas en el tercio distal del radio o de la apófisis estiloides.

Existe una mayor predisposición durante el embarazo y el puerperio favorecido por los cambios hormonales, o con el uso de la mano durante el puerperio con los cuidados del bebé.

Independientemente de lo expresado, es significativa la prevalencia en el sexo femenino luego de la quinta década.

Clínica y diagnóstico

Las pacientes refieren dolor en la estiloides radial, que empeora al intentar movilizar el pulgar o cerrar el puño, especialmente en la desviación cubital y flexión de la muñeca **(Fig. 61.2.)**. Es

frecuente la visión de un nódulo o tumoración que corresponde a la polea engrosada, su palpación despierta dolor.

Puede percibirse una crepitación cuando el paciente flexiona y extiende el pulgar.

Como en todo tendón inflamado, duele a la contracción contra resistencia y a la elongación. Para esta última se realiza la maniobra de Filkenstein descrita en el cap. 5. La positividad de esta maniobra es patognomónica de la enfermedad.

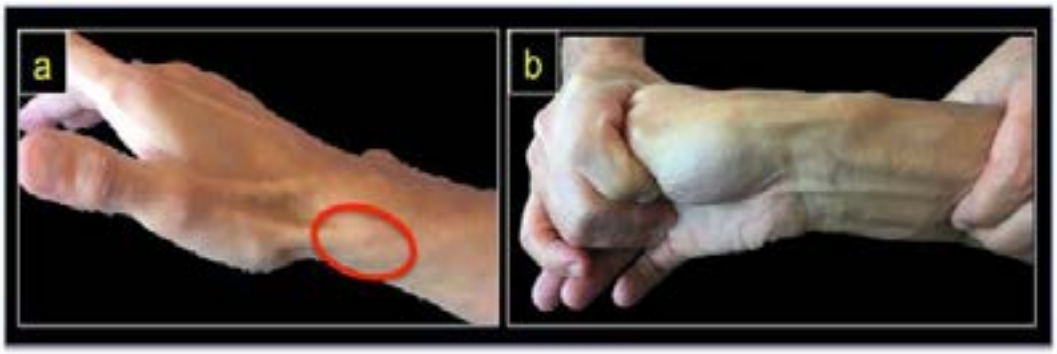

Fig. 61.2. Enfermedad de Quervain[174]

a) *Anatomía de superficie de la polea del abductor largo y extensor corto del pulgar en el óvalo rojo.* ***b)*** *Test de Finkelstein, la desviación cubital de la muñeca despierta dolor.*

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Las Rx podrían evidenciar exostosis o secuelas de fracturas o calcificaciones asociadas con la tenosinovitis. La ecografía permite confirmar la patología.

Son diagnósticos diferenciales la artrosis trapecio-metacarpiana, la radiocarpiana, la fractura de escafoides y el ganglión.

Tratamiento

En casos leves y moderados incluye AINEs orales y tópicos. Se pueden utilizar férulas con inclusión del pulgar. Es importante el tratamiento de rehabilitación.

En casos severos, que no responden al tratamiento, está indicado el tratamiento quirúrgico. Este consiste en la apertura del primer compartimento extensor, y en la liberación de los tendones, teniendo especial atención con el nervio radial superficial. La inmovilización se realiza con una férula palmar durante tres a cinco días, en tanto el paciente realiza las actividades de la vida diaria, con reincorporación laboral en dos a tres semanas.

[174] Gentileza Osvaldo Romano.

Dedo en Resorte

También denominado en gatillo o tenosinovitis estenosante, se define por el bloqueo en flexión de un dedo, que puede flexionarse o estirarse con un chasquido.

Se produce cuando la inflamación disminuye el espacio dentro de la vaina de un tendón flexor. En el caso extremo el dedo puede quedar trabado en la posición de flexión.

De las numerosas poleas que tienen los tendones flexores en su recorrido en la mano, la que se afecta y produce el resorte es la polea MTCF denominada por los anatomistas y por los especialistas de mano como A1.

Las personas que realizan trabajos o pasatiempos que requieren acciones de agarre repetitivas tienen un mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

Existe un dedo en resorte congénito que fue descrito con las afecciones de la mano en la infancia (Ver cap. 47).

En los adultos el tipo más frecuente de dedo en gatillo es el primario, sin motivo desencadenante.

La ocupación del sujeto puede revelar el origen de la irritación. Se suele relacionar con traumatismos repetidos en trabajadores manuales (microtraumatismos) y con una predisposición a padecer enfermedades inflamatorias y reumatismos de las manos. Se observa en pacientes con diabetes (Kuczmarski, 2019) y enfermedades reumáticas. Es más frecuente en el sexo femenino y en edad postmenopáusicas.

Clínica

Los pacientes a menudo presentan un nódulo blando palpable en el área engrosada de la polea a nivel de la articulación MTCF, es sensible al tacto con el movimiento del tendón y puede ser doloroso con la palpación profunda.

Para producir el efecto resorte (resalto) durante el examen, es necesario solicitar al paciente que cierre con fuerza la mano en forma de puño y que a continuación extienda los dedos por completo.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico con el test del resalto y el chasquido típico que este provoca.

En ocasiones puede confirmarse por ecografía. La Rx es útil para valorar patologías asociadas como artrosis MTCF y secuelas de fracturas.

Tratamiento

El tratamiento del dedo en resorte varía en función de su gravedad y la sintomatología dolorosa. En las fases iniciales se puede realizar un tratamiento mediante TO y férula, que puede resultar beneficioso en un 50 % a 70 % de los casos. Puede asociarse con AINEs orales.

Esto se utiliza en pacientes hasta los tres meses de iniciado el cuadro.

Una vez instalado, y ante la falta de respuesta con el tratamiento mencionado, se recurre a la liberación quirúrgica de la polea A1.

El postoperatorio se realiza con un vendaje blando durante tres a cinco días y movilización digital inmediata con finalización del tratamiento a los 21 a 30 días de la cirugía. Algunos autores preconizan la instilación percutánea guiada por ecografía de corticosteroides para liberación de la polea (Fiorini, 2019).

Artrosis trapecio metacarpiana

La artrosis trapecio-metacarpiana, *Rizartrosis del pulgar*, es una enfermedad frecuente en el sexo femenino después de la 5ta. década, aunque puede presentarse también en varones. Produce dolor en la base del pulgar, inflamación e incapacidad para realizar la pinza con el pulgar y el índice, así como la imposibilidad de elevación de peso. La deformidad se produce por la subluxación lateral de la base del primer MTC con respecto al trapecio (**Fig. 61.3.)**. Es una enfermedad degenerativa, artrosis primaria (herencia, idiopática) o secundaria a una fractura previa de la base del MTC consolidada en forma viciosa.

En los estados iniciales responde al tratamiento ortopédico con férulas de uso nocturno y con AINEs. En etapas avanzadas la deformidad y el dolor se tornan inaceptables y se requiere terapéutica quirúrgica.

Si bien hay publicadas gran cantidad de técnicas para la resolución de esta patología, las más utilizadas consisten en: resección del trapecio (trapecectomía) y tenosuspensión (transferencias tendinosas para estabilizar articulación). También pueden realizarse artroplastias totales o parciales de la articulación trapecio-metacarpiana.

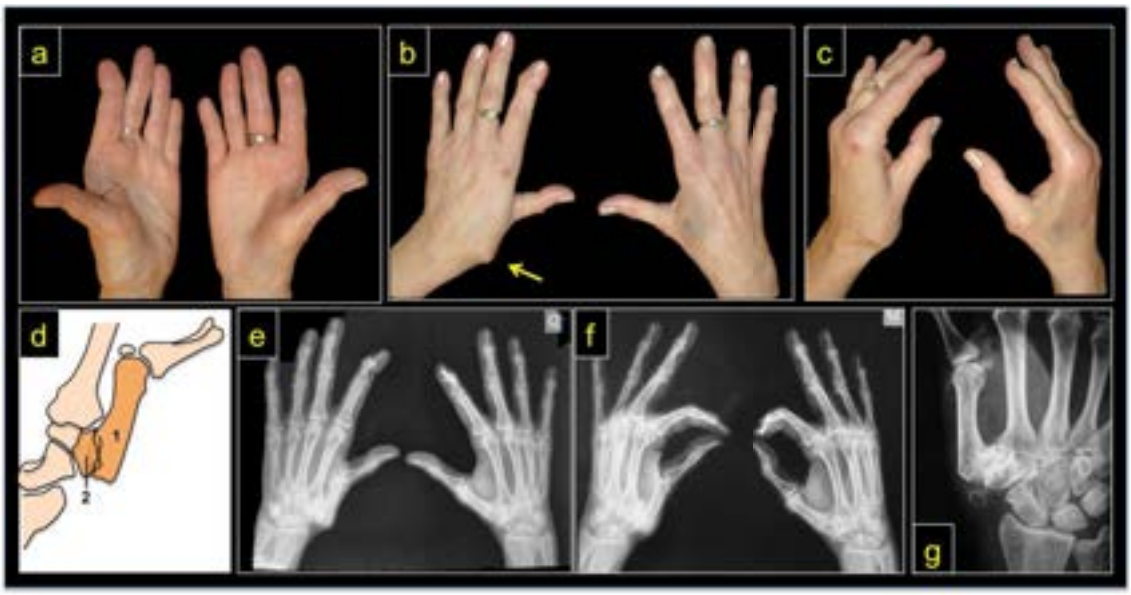

Fig. 61.3. Rizartrosis del pulgar

a) *–* ***f)*** *Mujer con rizartrosis de mano izquierda.* ***a)****,* ***b)*** *y* ***c)*** *fotos de ambas manos para favorecer por comparación los cambios con aducción y flexión del primer MTC y la hiperextensión MTCF. Subluxación degenerativa marcada con la flecha amarilla.* ***d)*** *Dibujo de la lesión.* ***1)*** *Primer MTC.* ***2)*** *Trapecio.* ***e)*** *y* ***f)*** *Rx frente y oblicua, la aducción del 1º MTC es manifiesta y condiciona la pinza con el dedo índice.* ***g)*** *Rx mano derecha de varón adulto con artrosis trapecio MTC. (Archivo imágenes Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital El Cruce)*[175]

Referencias

Elliot D. (1989). The early history of contracture of the palmar fascia. Part 3: The controversy in Paris and the spread of surgical treatment of the disease throughout Europe. *Journal of hand surgery (Edinburgh, Scotland)*, *14*(1), 25–31. https://doi.org/10.1016/0266-7681(89)90008-9

Foucher, G., Medina, J., & Navarro, R. (2001). L'aponévrotomie percutanée à l'aiguille. Complications et résultats [Percutaneous needle aponeurotomy. Complications and results]. *Chirurgie de la main*, *20*(3), 206–211. https://doi.org/10.1016/s1297-3203(01)00035-x

Kuczmarski, A. S., Harris, A. P., Gil, J. A., & Weiss, A. C. (2019). Management of Diabetic Trigger Finger. *The Journal of hand surgery*, *44*(2), 150–153. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.03.045

Ng, M., Lawson, D. J., Winney, B., & Furniss, D. (2020). Is Dupuytren's disease really a 'disease of the Vikings'? *The Journal of hand surgery, European volume*, *45*(3), 273–279. https://doi.org/10.1177/1753193419882851

Fiorini, H. J., Tamaoki, M. J., Lenza, M., Gomes Dos Santos, J. B., Faloppa, F., & Belloti, J. C. (2018). Surgery for trigger finger. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2*(2), CD009860. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009860.pub2

[175] Gentileza Osvaldo Romano.