

Reconstrucción del Pulgar en Caso de Amputación Traumática

Por

Dr. Alberto Brenes Sáenz * Dr. José J. Fernández Sancho **
Dr. Alfonso Pereira García ***

De todos es sabido la gran importancia del dedo pulgar para la función de la mano de ahí que siempre debe tratarse, por todos los medios, de conservarlo, en caso de lesiones traumáticas.

El objeto de esta comunicación es el de presentar una conducta más, en los casos de amputación traumática completa o en aquellos de amputación incompleta pero con lesión total de los pedículos vasculares dorsales y palmares. En estas condiciones, la única posibilidad de salvar el dedo íntegro, sería aportándole de nuevo circulación arterial y venosa con anastomosis de sus pedículos vasculares y aún así, en un porcentaje muy alto se fracasa por presentación de necrosis de los tejidos. Debemos aclarar que estas anastomosis en vasos de tan pequeño calibre, sólo se pueden llevar a cabo en Centros muy especializados, mediante el uso de Microcirugía.

En nuestro medio hospitalario, como esta Microcirugía no es posible, al menos por ahora; lo que es factible es tratar de salvar parte del dedo; ya que intentar salvarlo íntegro simplemente suturándolo, irremediablemente lo llevaría a la necrosis perdiéndose todo el dedo.

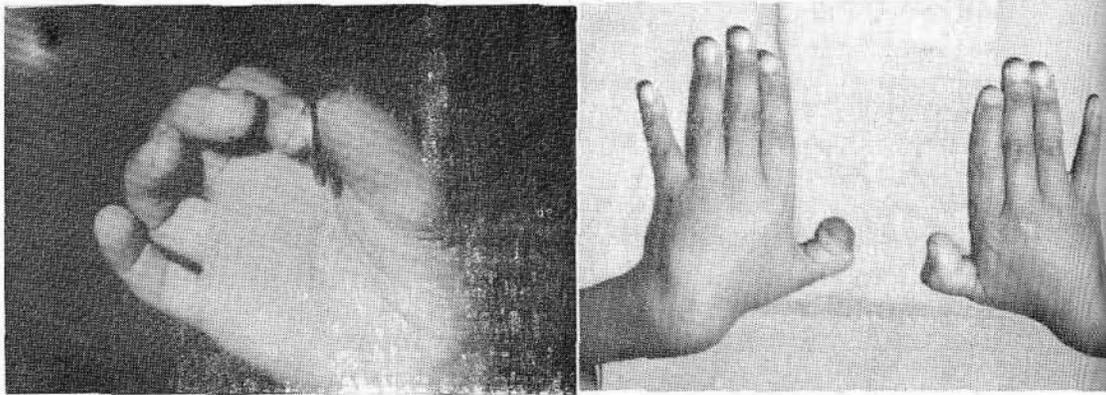
Así entendidas las cosas, la conducta a seguir sería la de conservar aquellas partes del dedo, que por su estructura son capaces de soportar la anoxia: hueso, tendones y los elementos articulares; y sacrificar las partes blandas, piel y tejido celular subcutáneo, elementos muy sensibles a la falta de irrigación.

* Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital Nacional de Niños.

** Asistente del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios.

*** Asistente del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios.

El pulgar despojado de su cubierta cutánea, se fijará al metacarpiano con un pin de Kirschner y luego se cubrirá con un injerto pediculado abdominal, **único requisito indispensable para evitar necrosis del hueso y tendones**, que no pueden quedar al descubierto. Con esta técnica, el pulgar se comportará como un injerto óseo y tendinoso que tiene un porcentaje muy alto de éxito. Una vez salvada esta parte, la más crítica, restarían otras operaciones plásticas tendientes a darle mayor función al dedo, especialmente sensibilidad por medio de la operación de J. W. Littler de trasplante de una isla de piel con su pedículo neuro-vascular.



PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS

PRIMER CASO: E. K. H. Sexo: masculino. Edad: 6 años. Ingresó el 21 de marzo del 66, por herida cortante en la base del primer dedo *mano derecha*, de una hora de evolución. En el estudio radiológico presentó sección del primer metacarpiano en su extremidad distal.

Bajo anestesia general se le hizo una exploración quirúrgica encontrándose seccionados todos los paquetes vasculo-nerviosos y el único medio de unión entre el dedo y la mano consistió en un pequeño pedículo cutáneo del pliegue palmar sin ningún pedículo vascular. Por lo tanto, se decidió quitar toda la cubierta cutánea del dedo, incluyendo la uña. Se fijó el dedo con un pin de Kirschner que unía la sección ósea del primer metacarpiano y luego se introdujo el dedo en tubo cutáneo abdominal. El niño evolucionó perfectamente. A los 22 días el tubo cutáneo abdominal estaba bien cicatrizado a la base del primer dedo con muy buena circulación, por lo que se despegó dicho tubo del abdomen.

A las cuatro semanas había ya muestras de callo óseo en el metacarpiano por lo que se extrajo el pin de Kirschner.

El 25 de mayo del 66 se le hizo la operación de Little, de una isla cutánea del tercer dedo que se transplantó a la zona de mayor contacto del primer dedo con pedículo vasculo-nervioso; evolucionando, como en las otras operaciones, muy bien sin ninguna complicación.

Actualmente tiene buena sensibilidad, tanto táctil, dolorosa, a la temperatura y estereognósica, con buena oposición del primer dedo y buena prensión; únicamente persiste limitación a la *A. B. D.*, del primer dedo por la cicatriz. En un futuro se le podrá hacer una zetaplastia. No hay movimiento activo en las articulaciones metacarpofalángica. En el estudio radiológico actual se aprecia una alteración franca de las epífisis de crecimiento; por lo que en relación con el crecimiento posiblemente habrá un retardo. Estéticamente es bastante aceptable el dedo y los familiares están muy satisfechos de el resultado obtenido.

SEGUNDO CASO: M. F. A. Sexo: masculino. Edad: 7 años. Ingresó el 4 de abril del 66, por herida cortante del primer dedo mano izquierda a la altura de la base de la falangeta, con sección ósea y con seis horas de evolución. Bajo anestesia general se le hizo exploración quirúrgica encontrándose sección ósea y de los pedículos vasculares, sólo un puente cutáneo palmar unía el fragmento seccionado. Se le hizo sutura con puntos separados. A las 72 horas el segmento distal suturado se encontraba completamente con necrosis avascular; por lo que se decidió eliminar la cubierta cutánea y reinsertar el fragmento óseo con un pin de Kirschner y cubrirlo con injerto pediculado abdominal. Evolucionó sin complicaciones. A los veinte días se liberó el injerto pediculado. En el estudio radiológico el fragmento ósea era de aspecto viable y había unión ósea; se le extrajo el pin de Kirschner. Actualmente seis meses después, el dedo pulgar tiene función completa de la articulación interfalángica y en estudio radiológico del hueso es de aspecto normal, no ha habido regeneración de la uña en ninguno de los dos casos. Además, estéticamente es de buen aspecto y los familiares están contentos con el resultado obtenido.

Analizando este caso, vemos que en los casos de amputación parcial del pulgar, esta conducta es la indicada para no sacrificar longitud del dedo y aún en los que se ha hecho la sutura de primera intención y evolucionado a la Necrosis avascular, como en el caso descrito.

BIBLIOGRAFIA

- BUNNELL STERLING: Cirugía de la mano.
- CAMPBELL REID: Reconstrucción del pulgar. *Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 42-B. 444. Agosto 1960.
- HOLEVICH J.: Nuevo método de restaurar la sensibilidad del pulgar. *Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 45-B. 496. Agosto 1963.
- MC. FARLANE R.: Reconstrucción del pulgar en casos de pérdida cutánea. *Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 44-A. 1365. Octubre 1962.
- NEMETHI C. E.: Reconstrucción del pulgar en su parte distal en casos de amputación traumática. *Journal of Bone and Joint Surgery* Vol. 42-A. 375. Abril 1960.
- TEASLEY J. L.: Uso de isla con pedículo neuro-vascular para dar sensibilidad al pulgar. *Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 44-A. 1069. Septiembre 1962.
- TUBIANA R.: Resaturación de la sensibilidad en la mano con transferencia de isla de piel con pedículo neuro-vascular. *Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 43-B. 474. Agosto 1961.
-