

# TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA MANO

Jorge Ojeda Jiménez, Marye Mercé Méndez Ojeda. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

## INTRODUCCIÓN

La polidactilia postaxial es el tipo más frecuente de malformación congénita de la mano. Patrón hereditario autosómico dominante de penetrancia variable. En contraposición a la polidactilia preaxial, es más frecuente en pacientes con ascendencia africana, pudiendo presentarse en niños de raza blanca como manifestación de un síndrome subyacente. Según Stelling y Turek, existen 3 tipos: tipo 1: duplicidad exclusiva de partes blandas, tipo 2: afecta estructuras óseas y tipo 3: presencia de un radio completo duplicado, incluyendo el metacarpiano.



Figura 1. Imagen clínica.



Figura 2. Radiografía simple.

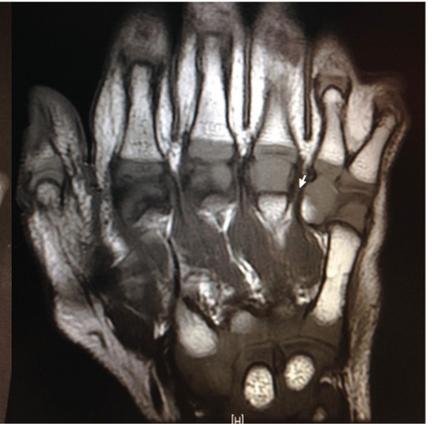


Figura 3. RMN preoperatoria.



Figura 4. Postoperatorio inmediato.



Figura 5. Control radiológico postoperatorio inmediato.



Figura 6. Imagen clínica a un año de la cirugía.

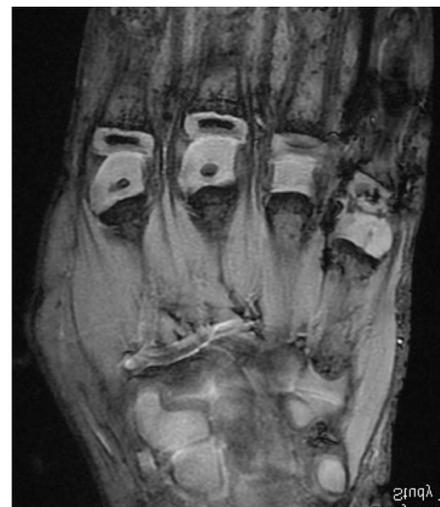


Figura 7. RMN a un año de la cirugía.

## OBJETIVOS

Exposición de un caso clínico de simpolidactilia postaxial con varias de soluciones quirúrgicas posibles que fue tratado en nuestro centro con un resultado satisfactorio transcurrido un año desde la cirugía.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un lactante mayor varón de 13 meses de raza blanca afecto de una simpolidactilia postaxial tipo 3 sin otras malformaciones asociadas (Figura 1). A la exploración física el dedo en quinta posición presenta mejor funcionalidad, con correcta alineación y movilidad de articulaciones. El dedo en sexta posición presenta malrotación y cambios compatibles con una camptodactilia, rigidez y contractura en flexión de IFP e hiperextensión con imposibilidad para la flexión de IFD. Implica ambos dedos en sus actividades, presentando impotencia para realizar la oposición pulgar-meñique.

La radiografía simple muestra dos dedos trifalángicos en sindactilia simple e incompleta con la presencia de un metacarpiano supranumerario hipoplásico en quinta posición (Figura 2). La RMN muestra una musculatura intrínseca compartida, con una epífisis de 5º MTC aberrante vestigial que articula con el 5º dedo en una articulación anómala biconvexa y un 6º MTC que presenta una articulación congruente con el 6º dedo (Figura 3).

Por lo tanto, nos encontramos ante un caso de simpolidactilia postaxial y camptodactilia de 6º dedo con varias posibilidades de resolución quirúrgica, puesto que contamos con un metacarpiano supranumerario hipoplásico en quinta posición que articula con el dedo más funcional, pero en una articulación metacarpofalángica anómala, mientras que el sexto metacarpiano es completo y la articulación es normal, pero el dedo es menos funcional.

Entre las opciones quirúrgicas planteadas por nuestro equipo se encontraban las siguientes:

- Ablación del quinto radio completo, dejando la articulación más congruente, pero el dedo con camptodactilia.
- Transferencia de la epífisis del 5º metacarpiano a la diáfisis del 6º y ablación del 6º dedo. Dejamos el dedo más funcional, pero con la articulación menos congruente. Técnicamente más complicado, presentando además riesgo de pseudoartrosis.

· Ablación del 5º MTC vestigial y 6º dedo, con transferencia del 6º MTC a la posición del 5º. Dejamos el dedo más funcional con una articulación menos congruente.

Con la información aportada por la exploración física y la pruebas complementarias se programó la cirugía, encontrando como hallazgos significativos los siguientes:

- Tendones flexores: dedo en 5ª posición con superficial y profundo; dedo en 6ª posición solo con superficial.
- Tendones extensores: dedo en 5º posición sin de extensor propio; dedo en 6ª posición con extensor propio y común.
- Paquetes vasculonerviosos colaterales: 5º dedo completo; sexto dedo sin paquete colateral cubital.

Finalmente, ante los hallazgos intraoperatorios, se optó por realizar la tercera de las opciones expuesta, siguiendo los pasos que se exponen a continuación: 1- transferencia de tendones extensores del 6º dedo al 5º dedo; 2- Resección de MTC vestigial y excisión de 6º dedo; 3- Centralización y alineación del 6º MT a la posición del 5º.; 4- Reparación de ligamentos intermetacarpianos y metacarpofalángicos radial y cubital; 5- Fijación con 2 agujas de Kirschner de 1 mm; 6- reinserción de musculatura intrínseca (Figuras 4 y 5).

## RESULTADO

A las 5 semanas de la cirugía se retiró la inmovilización. Se inició la rehabilitación y desde entonces ha mostrado una implicación progresiva del dedo en sus actividades cotidianas con un aumento paulatino del balance articular de la articulación metacarpofalángica (Figura 6). A un año de la cirugía el paciente presenta un quinto dedo alineado sin malrotación y un balance articular de MTCF con extensión completa y flexión de 50º, pudiendo realizar oposición pulgar-meñique. Por otro lado, la evolución radiológica también ha sido satisfactoria, apreciándose en la resonancia magnética al año cambios compatibles con remodelación de la articulación metacarpofalángica (Figura 7).

## CONCLUSIÓN

La polidactilia es un trastorno infrecuente que debe tratarse de forma individualizada. El cirujano debe estudiar cada caso y planificar preoperatoriamente alternativas quirúrgicas para realizar una elección acertada que se ajuste a sus capacidades quirúrgicas y a la anatomía disponible, otorgando al paciente el mejor resultado funcional posible.

