

J. M. Aluja Pons

DEDO DE RESORTE

PUBLICADO

EN

REVISTA DE CIRUGIA DE BARCELONA

Marzo de 1934

DEDO DE RESORTE

por J. M. ALUJA PONS

En la literatura de estos últimos años aparecen escasas publicaciones sobre una deformidad curiosa de los dedos de la mano. Nos referimos a la malformación conocida con el nombre de *dedo de resorte*.

La observación de un caso personal nos ha sugerido hacer unos comentarios basados en nuestra experiencia y en la literatura que hemos podido recoger.

El dedo de resorte consiste en un paro de los movimientos de flexión o extensión de cualquiera de los dedos de la mano, que desaparece después de vencer espontánea o provocadamente una resistencia, y entonces el dedo se coloca en la posición final del movimiento como impelido por un resorte. WEIR en 1907 publica un caso personal y recoge 43 en la literatura. COMBAUT en 1925 publica 28 observaciones, de las cuales 17 eran del pulgar; en 14 encontró una causa traumática indiscutible. CARLIER, en un cierto número de casos en que no encontró lesión, explicó dicho proceso por un espasmo debido a una irritación periférica y por observarse principalmente en neurópatas. KONETSCHT y CARLIER creen que puede tener también una causa congénita.

La deformación de las superficies articulares consecutivas a fracturas o artritis pueden ser la causa de un proceso similar (KOENIG).

La distensión de los ligamentos provocando una flexión o extensión forzada también debe considerarse como causa de esta afección. Pero, sin duda alguna, la lesión más frecuentemente encontrada es una lesión tendinosa; la presencia de una nudosidad en el tendón, consecutiva a una cicatriz o una retracción de la vaina, son las alteraciones anatomopatológicas más frecuentes. PAYR describe un caso que la causa era un cuerpo extraño yuxtatendinoso.

La historia de nuestro caso es la siguiente:

Tomás M., 46 años, el día 18 de marzo pasado, recibió una contusión lateral de la mano; durante ocho días estuvo edematosa, quedándole después el dedo anular de dicha mano izquierda, engatillado y doloroso. Esta sintomatología aumentaba cada día.

Exploración. Mano de aspecto normal; flexión de los dedos normal; al extenderlos, el anular se queda en semiflexión, y con la ayuda de la otra mano, y como venciendo un obstáculo, el dedo se pone rápidamente en extensión completa. Al hacer este movimiento y palpando por encima de la articulación metacarpo-falángica, se percibe claramente el resalte del obstáculo que se desliza por

la vaina. Radiografía: normal. Fotografías de antes de la operación. (Figs. 1 y 2).

Operación 5 de mayo de 1933: Anestesia del plexo braquial (Kulenkampff), perfecta, previa inyección de un centigramo de cloruro mórfico. Incisión curva en la palma de la mano, sobre la cabeza del cuarto metacarpiano (fig. 3), abertura

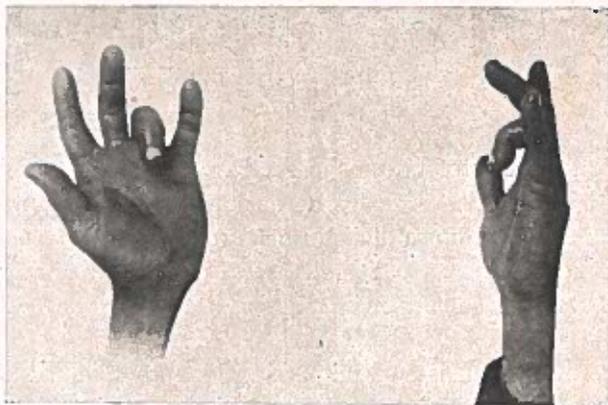


Fig. 1

Fig. 2

de la vaina tendinosa, resección lateral del nódulo caloso del tendón que provocaba el resalte; dos puntos de sutura de la vaina; sutura cutánea con catgut, inmovilización con una férula.

Curso postoperatorio: A los tres días se retira la férula y se le practican diariamente movimientos pasivos. A los siete días se quitan los puntos; masaje activo.

Alta a los veinticinco días.

En nuestro caso vemos que la causa de la lesión ha sido una contusión directa sobre el tendón que ha provocado la formación de un nódulo cicatricial. La vaina tendinosa tiene, a nivel de las articulaciones de las falanges, zonas de difícil extensibilidad a causa de estar reforzadas por los ligamentos articulares. También a este nivel existen huesos sesamoideos que pueden dificultar el resbalamiento de un tendón engrosado.

Se comprende, pues, que existiendo una zona aumentada de volumen en el tendón puede verificarse el normal funcionamiento del mismo mientras resbale en las zonas laxas de la vaina; pero cuando este obstáculo llega a nivel de una zona rígida o es detenido por un sesamoideo, se verifique un paro del movimiento, siendo necesario un esfuerzo mayor o la actuación de una fuerza pasiva. Una vez vencido el obstáculo, resbalando otra vez el tendón sin haber dificultad a su paso y existiendo un esfuerzo muscular superior al necesario, el dedo llega a la posición final de una manera rápida.

No sólo una contusión directa y única sobre el tendón produce este proceso, sino que algunas veces se junta una lesión articular con deformación de

las superficies, que por sí sola puede producir el dedo de resorte sin lesión tendinosa (fracturas, artritis, periostitis, etc.); al resbalar una sobre otra, las dos superficies articulares, encuentran el obstáculo, el cual es vencido tras una pequeña resistencia. En caso de aplanamiento es difícil la flexión o la extensión;

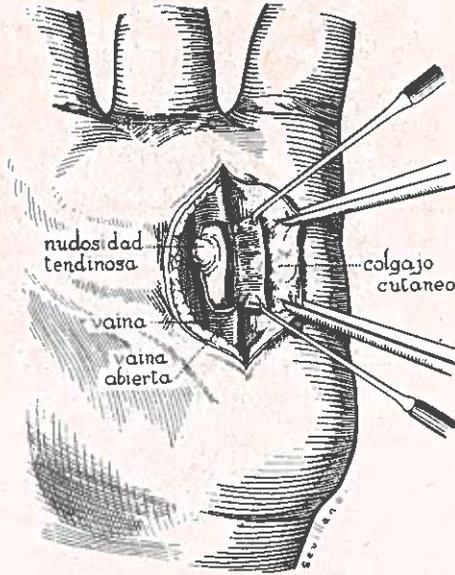


Fig. 3

pero al llegar a la superficie articular distal, al borde de la proximal, entonces el movimiento se hace rápidamente.

Además de la etiología tendinosa explicada, pueden producirse estos procesos por causas generales, reumáticas, tuberculosas, sifilíticas, nerviosas, etc.

Esta lesión se presenta con más frecuencia en los dedos pulgar, medio y anular; cuando es debida a lesión tendinosa aparece pocos días después del traumatismo; en caso de que sea debida a una lesión articular, el enfermo se da cuenta cuando se suprime la inmovilización.

Exteriormente, la inspección del dedo no nos proporciona ningún dato específico, ya que las alteraciones que presenta pueden aparecer en cualquier otra lesión traumática; en ciertos casos, la palpación cuidadosa nos puede demostrar la existencia de una nudosidad tendinosa o de una deformidad ósea, siendo al principio poco manifiesta, presentando a veces edema de la mano que dificulta la exploración; generalmente en la variedad tendinosa hay dolor localizado en la base del dedo, en el lugar donde la nudosidad es detenida por el sesamoideo o el anillo dígitopalmar; en las formas articulares radica el dolor en la misma articulación, y en las formas nerviosas, en los músculos; radiográficamente puede apreciarse la lesión articular en la mayoría de los casos

de esta variedad. En los movimientos pasivos se nota que el dedo es detenido durante los movimientos de extensión o de flexión y que, venciendo una resistencia, se percibe una especie de chasquido y el dedo llega a la posición final.

Algunas veces el dedo de resorte se presenta intermitentemente, sobre todo en las formas nerviosas.

El diagnóstico diferencial es muy fácil de efectuar; debemos solamente separar, en razón a su tratamiento, los dedos de resorte de origen reumático o bacilar. Lo más difícil es precisar exactamente a qué tipo de las lesiones descritas cabe achacar el proceso. En los debidos a lesión tendinosa, que son los más típicos, se percibe con bastante claridad el paso de la nudosidad que franquea el obstáculo; interrogando el enfermo, nos puede dar el detalle que al sufrir el traumatismo sintió un dolor a lo largo del tendón y una impotencia funcional pasajera; en los debidos a lesiones articulares, una extensión forzada, a fin de distender la cápsula, nos permite verificar el movimiento sin percibir la sensación de resorte; asimismo, verificando movimientos de inclinación a derecha o izquierda, podemos evitar este fenómeno. En los casos de origen nervioso o reflejo, el diagnóstico diferencial es más difícil, debiendo procurar distraer al enfermo y ver entonces si desaparece el dedo de resorte.

Las directivas del tratamiento a seguir vienen indicadas según sea la causa de la lesión; así, pues, una buena exploración clínica y radiológica es lo primero que nos debe preocupar. Hemos de distinguir, pues, el tratamiento de los dedos de resorte debidos a lesión tendinosa, de los debidos a lesión articular y de los espasmódicos.

Lesiones tendinosas. — En estos casos se puede intentar un tratamiento médico de reposo, baños calientes, rayos infrarrojos, pero en muchos casos este tratamiento es insuficiente y debe recurrirse al tratamiento quirúrgico; éste está indicado también en los casos que desde el primer momento puede apreciarse claramente una nudosidad tendinosa.

La intervención comprende los siguientes tiempos: 1.º *Anestesia*; nosotros preferimos la anestesia regional a la local, para evitar una excesiva infiltración de los tejidos que dificulte la observación de la lesión. 2.º *Incisión*; abordamos el tendón por la cara palmar, verificando una incisión curva, a fin de que no se superponga con la incisión de la vaina tendinosa; previa hemostasia, incidimos la vaina y exteriorizamos el tendón, buscando el engrosamiento, la cicatriz o el nódulo. 3.º *Excisión*; con el bisturí se extirpa el nódulo y se regulariza la superficie del tendón; si el nódulo es central, pueden hacerse dos incisiones semilunares, englobando la cicatriz. Se discute si debe o no suturarse la vaina; en nuestro caso se hizo una sutura por la cara externa de la vaina.

Si existe al mismo tiempo una retracción de la vaina sinovial, debemos excindirla y separar las adherencias que puedan haber entre la vaina y el tendón.

Cuando el dedo de resorte es debido a lesiones articulares, o éstas coexis-

ten con otra de las causas antes citadas, es difícil decidirse hacia un tratamiento directo de las mismas; si las lesiones son mínimas, deberá escogerse el tratamiento médico, pues los beneficios que obtengamos con la intervención serán muy escasos.

Si nos decidimos a practicar una intervención operatoria, ésta consistirá en una abertura de la cápsula para poner al descubierto las lesiones articulares, y una ablación con la cizalla o la cureta y una regularización de las superficies óseas.

En caso de que sea debido a trastornos espasmódicos, el tratamiento deberá ser puramente médico (fisioterapia, reeducación, etc.). Si es debido a una lesión refleja (neuromas de los nervios del antebrazo, lesiones traumáticas de los mismos, compresión e inclusión dentro de un callo), hay que tratar la causa productora (resección del neuroma, liberación del nervio, etc.).

Los resultados obtenidos en el tratamiento de esta lesión son favorables en la mayoría de los casos, siguiendo las directivas que hemos expuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- Tillmanns. — Cirugía general y especial. Seix, editor, Barcelona, tomo II.
Erlacier. — Ortopedia operatoria. Editorial Labor.
Combault. — *Le doigt à ressort*. La Clinique, 1925, núm. 48, pág. 263.
-