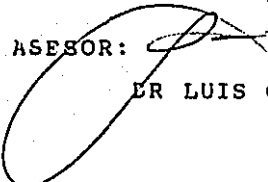


11207
2 ej 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

" EL MANEJO QUIRURGICO DE LA DEFORMIDAD
EN CUELLO DE CISNE DE LOS DEDOS DE -
LAS MANOS EN PACIENTES REUMATICOS "

T E S I S D E P O S T G R A D O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
C I R U J A N O D E M A N O
PRESENTA EL DOCTOR :
EDUARDO DELGADO DUEÑAS

ASESOR: 

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DR LUIS GOMEZ CORREA

México 1988-1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
I. Generalidades	1
I.1 Causas de la rigidez articular	1
I.2 Método conservadores de Tx. de la rigidez articular	2
I.3 Mano reumatoidea	3
I.4 Patogenia de la deformidad	4
I.5 Deformidad en cuello de Cisne	5
I.6 Articulaciones IFP	7
I.7 Anatomia de las art. IFP	7
I.8 Técnicas quirúrgicas	9
II. Hipótesis de Trabajo	14
III. Objetivos	15
IV. Material y métodos	16
V. Cédulas de recolección de datos	18
VI. Resultados	22
VII. Discusión	24
VIII. Bibliografía	25

GENERALIDADES

Las articulaciones de las manos son el medio por el cual la fuerza de los músculos mueve a las estructuras óseas, traduciéndose esto en una función útil. Cuando estas articulaciones están rígidas por fibrosis, destruidas por enfermedad o deformadas por luxación o fractura, la función de la mano se encuentra deteriorada, y en algunos casos, nula.

Aunque esta alteración de la función puede ocurrir a pesar de todos nuestros esfuerzos, ocurre con más frecuencia a causa de métodos inapropiados de tratamiento.

CAUSAS DE LA RIGIDEZ ARTICULAR

Los factores primarios que conducen a la rigidez de la mano son:

(1) el edema, (2) la fibrosis, (3) alteraciones de la colágena, (4) factores anatómicos y (5) enfermedad. El paciente con artritis reumatoide o dermatomiositis tiene una enfermedad primaria que conduce a la rigidez.

Para prevenir la rigidez de la mano se han descrito los siguientes principios: (1) elevación de la extremidad dañada (2) vendaje compresivo (3) eliminación del dolor, (4) prevención de hematomas y (5) prevención de la infección y por último, (6) el entendimiento de los factores emocionales subyacentes en las lesiones de mano. (13).

Bunnell (3) ha establecido que las partes no dañadas deben mantenerse sin restricciones para el movimiento. Este es el tratamiento funcional para las fracturas descrito por Bohler y Watson Jones. Moberg y Stener han enfatizado que la contracción muscular bombea al líquido tisular a través del brazo, previniendo el edema y la estasis y manteniendo a los tejidos con buen estado de nutrición. Bunnell ha establecido que: "Se debe estar alerta para reconocer en forma temprana a aquellos casos que pueden conducir al edema, a una mano inmóvil osteoporótica reconociendo los signos de alteraciones tóxicas en aquellos pacientes con disposición anímica a mantener su mano completamente inmóvil". (3).

Los puntos de presión producidos por el vendaje o las férulas --- pueden conducir a la inflamación o el edema de las manos lesionadas o en la etapa postoperatoria. Por esta razón el vendaje debe ser checado de 12 a 24 hrs después de la cirugía y liberado de zonas de presión. Cualquier zona de la que el paciente se queje debe ser cuidadosamente samente checada.

Peacock ha establecido en base a estudios clínicos y experimentales que la rigidez posterior a la inmovilización es atribuible a la adherencia de los ligamentos al hueso en zona en que estos deben estar móviles y al acortamiento de los ligamentos por nueva síntesis de colágeno . Es posible que con la lesión pueda haber un imbalance entre la formación y la lisis de la fibrina.

MÉTODOS CONSERVADORES DE TRATAMIENTO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR

Elevación. La elevación de las partes dañadas es importante, ya -- que minimiza el edema. Debe de ser usada inmediatamente después de -- cualquier cirugía de la mano, y en el caso de pacientes ambulatorios se debe asegurar que el paciente mantenga su mano elevada.

Férulas. Las férulas a usar se deber encontrar perfectamente bien moldeadas y no debe haber puntos de presión.

Unidades de compresión intermitente. La terapia compresiva intermitente ha sido muy útil para reducir el edema en la mano postraumática y en el postoperatorio y para movilizar las articulaciones interfalángicas rígidas . El hecho de que el líquido extracelular se presione fuera de la mano por presión intermitente, y que los ligamentos capsulares tensos se compriman primero en extensión y después en flexión hace posible movilizar algunas articulaciones cuando las férulas dinámicas u otros métodos de tratamiento han fallado.

Terapia a base de calor local. La fisioterapia en forma de calor local en cualquiera de sus modalidades ha demostrado ser de mucha utilidad.

Bloqueos nerviosos. Los bloqueos nerviosos regionales de las áreas dolorosas han demostrado su utilidad. Cuando están indicados en la distrofia simpática, pueden ser de gran ayuda para disminuir el dolor y disminuir el edema.

Ejercicios activos. La necesidad del ejercicio activo de la mano para movilizar las articulaciones rígidas es indiscutible.

Ejercicios pasivos. Los ejercicios pasivos pueden ser utilizados para aumentar el rango de movilidad de las articulaciones rígidas. La fuerza aplicada no debe aumentar la inflamación o el dolor de las articulaciones rígidas.

Tratamiento Médico. Hay varias drogas para uso sistémico disponibles que pueden ser útiles. Las dos más efectivas son la fenilbutazona y la prednisona. Se puede también utilizar a la Triamcinolona en cantidades de 2 mg. intraarticulares en las articulaciones de los dedos. Algunos tranquilizantes parecen ayudar a la recuperación del paciente.

MANO REUMATOIDEA

Muchas veces la artritis reumatoidea severa origina deformidades de las manos tan incapacitantes que el paciente queda casi invalidado por completo. En los casos en que está indicada la cirugía, esta restablece hasta cierto punto la función, alivia el dolor y por lo menos detiene por un tiempo la incapacitación progresiva. Se deben determinar las funciones perdidas, y teniendo en cuenta la edad y la ocupación del paciente, se deben elegir y tratar las deformidades más incapacitantes. A los pacientes que tienen deformidades severas pero han desarrollado patrones funcionales compensadores que les permiten desarrollar sus menesteres cotidianos, se les debe estudiar con sumo cuidado, especialmente si son ancianos, tienen de ligero a moderado dolor y aceptan sus deformidades e incapacidades funcionales, en cuyo caso es mejor el tratamiento conservador.

El mismo Cirujano debe tener en cuenta que la artritis reumatoidea es una enfermedad sistémica generalizada cuya terapéutica suele requerir a un trabajo en equipo perfectamente integrado y coordinado.

Es fundamental que se emprenda un tratamiento médico apropiado antes de realizar cualquier operación. (8)

PATOGENIA DE LA DEFORMIDAD

La causa básica de las múltiples y diversas deformidades de la mano en la artritis reumatoidea es la sinovitis de las articulaciones y vainas tendinosas. El edema consiguiente, que estira a los componentes blandos de las articulaciones, la destrucción del cartilago, la hipertrofia de la sinovia y la invasión por esta de los elementos como ligamentos colaterales, placas volares, bandas sagitales, vainas tendinosas e inserciones tendinosas, se combinan para deteriorar la función.

Mientras tanto, todos los elementos debilitados se estiran todavía más o se deforman a causa de la presión articular y de los brazos de palanca que se ejercen sobre los huesos al tratar de utilizar la mano en la prensión y el pinzamiento, de manera que las articulaciones pueden luxarse y los tendones se pueden romper, con lo cual la incapacitación se agrava.

La destrucción de cartilago, que, por supuesto, limita el movimiento, puede conducir eventualmente a la anquilosis de articulaciones en posiciones anómalas. Además, el dolor limita de por sí el movimiento articular y esto, combinado con la atrofia fibrosis y contractura de los músculos, acrecienta la incapacitación todavía más. Se comprobó que en la artritis reumatoidea no existe necesariamente contractura muscular, y que no se puede atribuir a esto, como se hacía en otra época, la tracción de las articulaciones a posiciones anormales.

En suma, todos estos procesos patológicos diversos originan una gran variedad de estados incapacitantes como compresión del nervio mediano en el túnel carpiano, dedo en gatillo, deformidad en ojal, deformidad en cuello de cisne, rotura de tendones, luxación y subluxación de articulaciones, desplazamiento de tendones extensores y, con menos frecuencia, de tendones flexores, y anquilosis de articulaciones. (2).

DEFORMIDAD EN CUELLO DE CISNE

La deformidad en cuello de cisne se podría describir como una postura en flexión de la articulación interfalángica distal y una postura en hiperextensión de la interfalángica proximal, en ocasiones acompañada de flexión de la metacarpofalángica. Se debe a un desequilibrio muscular y se presta para corrección pasiva, según el grado de fijación de las deformidades originales y secundarias.

La deformidad puede iniciar como un dedo en martillo asociado con disrupción del tendón extensor y sobretracción secundaria del tendón central, con la consiguiente hiperextensión de la articulación interfalángica proximal. Normalmente se puede hacer la flexión activa de la articulación interfalángica proximal. Aquí sería suficiente una artrodesis de la articulación interfalángica proximal. En raros casos, además de esto haría falta reconstruir el ligamento retinacular para que no se hiperextienda la articulación interfalángica proximal. Además, puede estar indicada la sinovectomía de la articulación interfalángica proximal.

Esta deformidad también puede iniciarse en la articulación interfalángica proximal a medida que la sinovitis hiperplásica produce hernia de la cápsula, tensando las bandas laterales y el tendón central, de manera que con el tiempo las bandas laterales entablan adherencias en una posición dorsal fija y ya no pueden deslizarse sobre los cóndilos cuando se flexiona la articulación interfalángica proximal. Esto limita la flexión en esta última. Las bandas laterales desplazadas hacia el centro pueden no ser capaces de extender la articulación interfalángica distal, la cual puede adoptar secundariamente una deformidad en martillo sin que se hallan roto los tendones laterales en realidad. Esta deformidad en martillo, empero no suele ser tan severa como la que acarrea la rotura de los tendones laterales. La deformidad en cuello de cisne puede requerir la sinovectomía de la interfalángica proximal, movilización de las bandas laterales y liberación de la piel dis-

tal respecto de la articulación interfalángica proximal. Al cabo de varias semanas desaparecen las arrugas y la laxitud normal de la piel a nivel de la articulación interfalángica proximal. (14).

Cuando la articulación interfalángica proximal está muy hiperextendida y las radiografías son normales, con conservación del espacio articular, puede ser que se requiera tenodesis por el tendón flexor común superficial y también liberación de las bandas laterales y de la piel distal. La técnica de la tenodesis del flexor superficial es la misma que se hace para la mano en la parálisis cerebral.

En la tensión de los intrínsecos cuando la articulación metacarpo falángica se mantiene en extensión, está muy limitada la flexión de la articulación interfalángica proximal, pero cuando se flexiona la articulación metacarpofalángica, los intrínsecos se relajan y aumenta la flexión de la articulación interfalángica proximal. En la desviación cubital de los dedos, esta tensión intrínseca puede existir sólo en el lado cubital. Para ensayar con exactitud esto último, se debe mantener la alineación axial del dedo con su metacarpiano.

Cuando esté indicada, la tensión de los intrínsecos se puede liberar junto con una sinovectomía movilizándolo la banda lateral. Si por degeneración de las articulaciones metacarpofalángicas se requiere artroplastia, es probable que se resequiera suficiente hueso como para que se libere el mecanismo extensor, pero esto debe determinarse específicamente en el acto quirúrgico, en caso de que haga falta una liberación. Puede ser que esté indicada la liberación tendinosa específica de los intrínsecos.

En los casos de una gran hiperextensión en la articulación IFP, junto con destrucción articular en las radiografías sería más conveniente la artrodesis si la articulación metacarpo falángica es casi normal, o si se anticipa una artroplastia de resección de la art. MF. Las artroplastias de las articulaciones IFP de los dedos anular y meñique se puede realizar en --

los casos en que las respectivas articulaciones metacarpo - falángicas son casi normales.

Nunca se debe hacer la artroplastia de la articulación metacarpofalángica y de la interfalángica del mismo dedo, ni siquiera en dos tiempos quirúrgicos. (1).

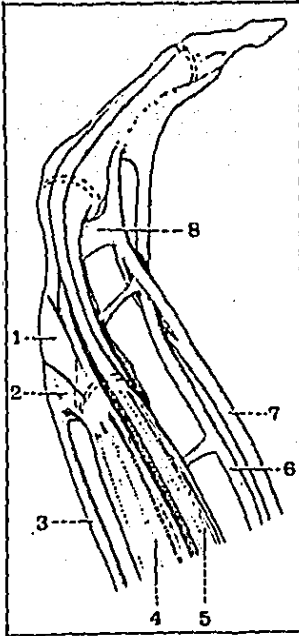
ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES

Cuando se trata una mano severamente dañada, se confronta con frecuencia a una mano que falla en su función a razón de la limitación para la flexión o extensión de las articulaciones interfalángicas. Bunnell notó que es el estrecho espacio articular presente en las articulaciones interfalángicas el que produce la limitación para el movimiento aún con el más mínimo acortamiento de los ligamentos capsulares como el producido por desuso o edema de los ligamentos y la subsecuente fibrosis que esto causa. (3).

Este acortamiento, con limitación para el movimiento puede ocurrir a pesar de la más cuidadosa atención, incluyendo férulas adecuadas, terapia física y ocupacional, con reducción apropiada de las fracturas o luxaciones. No obstante, la causa más frecuente es el uso inadecuado de estos métodos de tratamiento.

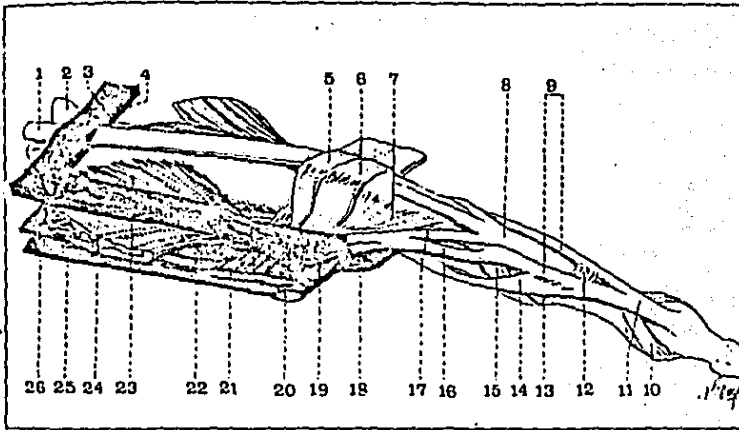
ANATOMIA DE LAS ARTICULACIONES IFP

Las articulaciones interfalángicas proximales están contruidas con el mismo diseño esencial que las articulaciones MF. Poseen ligamentos colaterales, un fibrocartilago palmar y una fina cápsula dorsal o tejido sinovial cubierto por una expansión extensora. Se considera una articulación tipo charnela, ya que sus movimientos están restringidos a la flexo-extensión. Una importante estructura facial cubre a los ligamentos colaterales a cada lado de la articulación, compuestos por una porción transversa que se extiende de la parte dorsal del tendón extensor al borde lateral del fibrocartilago palmar (volar plate). La porción oblicua del ligamento pasa de la falange proximal a el tendón extensor por encima de la fa-



Vista lateral de un dedo mostrando la terminación de un interóseo y de un lumbrical

- 1 Cincha de tensión del extensor.
- 2 Expansión aponeurótica dorsal
- 3 Tendón extensor.
- 4 Músculo interóseo.
- 5 Músculo lumbrical.
- 6 Tendón flexor profundo (perforante).
- 7 Tendón flexor superficial (perforado).
- 8 Mesotendón.



Terminación del tendón extensor del 3^{er} dedo (según J. Costaing y J. H. Soutoul).

- | | |
|--|--|
| 1 Tendón extensor | 13 Ligamento lateral de la articulación interfalángica. |
| 2 Tercer metacarpiano. | 14 Ligamento retinacular. |
| 3 Aponeurosis dorsal superficial. | 15 Ligamento lateral de la interfalángica (fascículo glenoidal). |
| 4 Aponeurosis dorsal profunda. | 16 Cintilla lateral del interóseo. |
| 5 Cintilla sagital. | 17 Cintilla media del interóseo. |
| 6 Cincha de los interóseos. | 18 Paquete vasculonervioso colateral palmar. |
| 7 Expansión aponeurótica de los interóseos. | 19 Tendón del lumbrical. |
| 8 Tendón extensor medio. | 20 Ligamento palmar interdigital. |
| 9 Tendones extensores laterales. | 21 Ligamento transversa intermetacarpiano. |
| 10 Ligamento lateral de la articulación interfalángica $F_2 - F_3$. | 22 Lumbrical. |
| 11 Tendón extensor terminal. | 23 y 24 Interóseo dorsal. |
| 12 Ligamento triangular. | 25 Aponeurosis palmar media. |
| | 26 Aponeurosis palmar profunda. |

lange media. Se cree que este ligamento es realmente una porción del mecanismo del tendón extensor. (11).

TECNICAS QUIRURGICAS

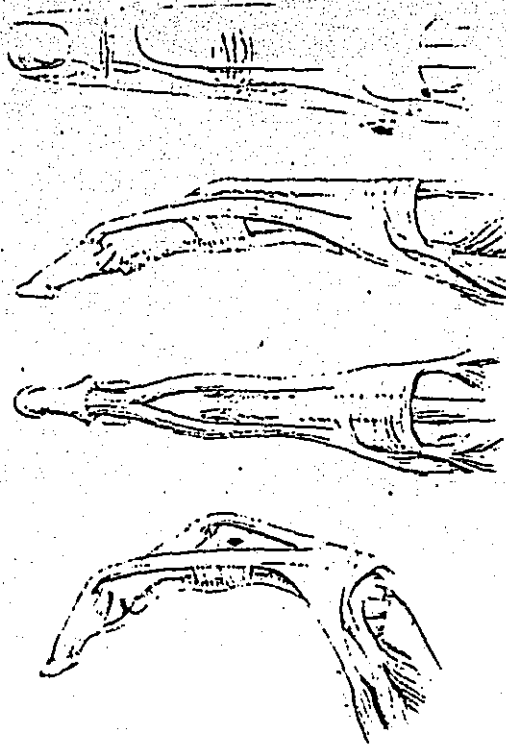
NALEBUFF Y MILLENDER .. Técnica para movilizar la banda lateral y liberar la piel.

Se inicia con una incisión dorsal un tanto curva en la parte media de la falange proximal, y se continua en dirección distal desde este punto sobre la cara dorsolateral de la articulación interfalángica proximal y sobre la mitad de la falange media, y después se desvía oblicuamente hacia el lado dorsal para formar la cola de una "J". Se eleva cuidadosamente la piel junto con las anastomosis venosas necesarias. Se hace una incisión longitudinal entre cada banda lateral y el tendón central, liberándolos de su posición dorsal fija. Se flexiona pasivamente la articulación interfalángica proximal para observar que ahora las bandas laterales se desvían en dirección volar, deslizándose sobre los cóndilos de la articulación. Se puede hacer ahora una sinovectomía y por lo general se establece un buen movimiento pasivo, a menos que halla un abultamiento sinovítico de los flexores. Se sutura la incisión cutánea en su porción proximal pero no, por lo general, en su porción distal, de manera que la incisión distal, por haber sido trazada oblicuamente a través de la falange media se abra bien y produzca una liberación cutánea. Si se hace la sutura de rutina de la porción distal de la incisión cutánea, se volvería a inmovilizar a esta articulación en hiperextensión.

La porción abierta de la incisión suele curar sin injerto en un par de semanas. En el postoperatorio se verifica que se pueda establecer el movimiento activo evaluando la flexión activa de la articulación por los tendones del profundo y del superficial.

Cuando no se confirma la flexión activa se deben examinar

los tendones haciendo una incisión en la palma y traccionando de ellos a través de la palma para ver si no están "atascados" y no son sujetados por nódulos reumatoideos. Se pasa un alambre de Kirschner a lo largo de la articulación IFP para mantenerla flexionada en el postoperatorio por unas tres semanas. En este tiempo, la porción abierta de la piel tiene que cerrarse.



Técnica de Nalebuff y Millender para corregir la deformidad en cuello de cisne. La incisión cutánea es curva para permitir la liberación de la piel retraída. La incisión no se debe suturar del todo. A continuación se movilizan los tendones laterales practicando dos incisiones de descarga y se flexiona la articulación.

**TECNICA DE NALEBUFF Y MILLENDER PARA CORREGIR LA
DEFORMIDAD EN CUELLO DE CISNE.**

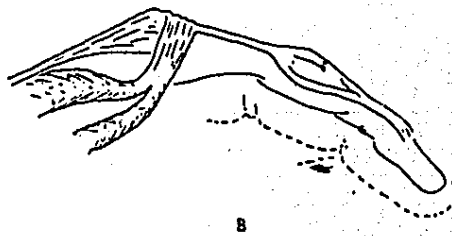
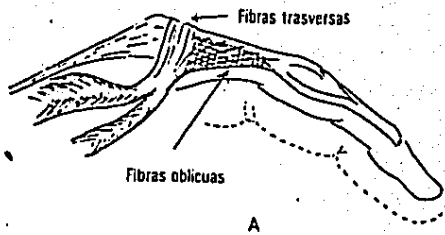
TECNICA DE LITTLER.

A nivel de la articulación metacarpofalángica el mecanismo extensor consta de tres componentes : fibras longitudinales -- del tendón extensor, que se insertan en la art. IFP; fibras --- transversas de los músculos intrínsecos, que flexionan la articulación metacarpofalángica y fibras oblicuas de los músculos intrínsecos, que corren más allá de la art. MF y extienden -- las articulaciones interfalángicas. Para liberar a los intrínsecos se sueltan sus fibras oblicuas para permitir la flexión de las articulaciones interfalángicas. Este procedimiento se debe realizar con sumo cuidado y efectuando observaciones -- prácticas durante el acto quirúrgico.

Este procedimiento se realiza en cualquier dedo, según la -- necesidad. Hágase una sola incisión en la línea media del dorso de la falange proximal que vaya desde la articulación metacarpofalángica hasta la interfalángica proximal; de esta manera se obtiene una buena exposición en ambos lados de la aponeurosis extensora. Incídase la inserción de las fibras oblicuas de la aponeurosis extensora en el tendón extensor: esta -- incisión debe ser paralela al tendón. Presérvase las fibras transversas para evitar la hiperextensión de la articulación metacarpofalángica, con su consiguiente deformidad de mano en garra y limitación de la extensión de las articulaciones interfalángicas. Ahora ensáyese si la operación es adecuada , antes de reseca el casquete : Si la disección no se ha llevado en dirección proximal lo suficiente, no se pueden flexionar las articulaciones interfalángicas al máximo mientras se mantiene extendida la articulación metacarpofalángica; si, en cambio, se ha diseccionado demasiado hacia arriba, se puede extender la articulación metacarpofalángica mientras las interfalángicas están en flexión completa, de modo que hay que volver a suturar parte de la aponeurosis con el tendón del extensor largo . Después de haber prolongado la disección en -- dirección más cefálica o de haber suturado parte del casquete en caso de que esté indicado uno de ambos procedimientos, extírpese la porción del casquete que queda como colgajo.

Después de haber resecado la cantidad correcta de casquete, las articulaciones interfalángicas se pueden flexionar al máximo y no se puede hiperextender la articulación metacarpofalángica. Ciérrase la incisión con puntos continuos de alambre de acero inoxidable fino. Aplíquese una férula enyesada -volar desde el codo hasta la mitad de las falanges proximales inmovilizando las articulaciones metacarpofalángicas en extensión y permitiendo el movimiento completo de las interfalángicas.

Al día siguiente de la operación se permite el movimiento activo de las articulaciones interfalángicas y la férula y los puntos se retiran a las dos semanas.



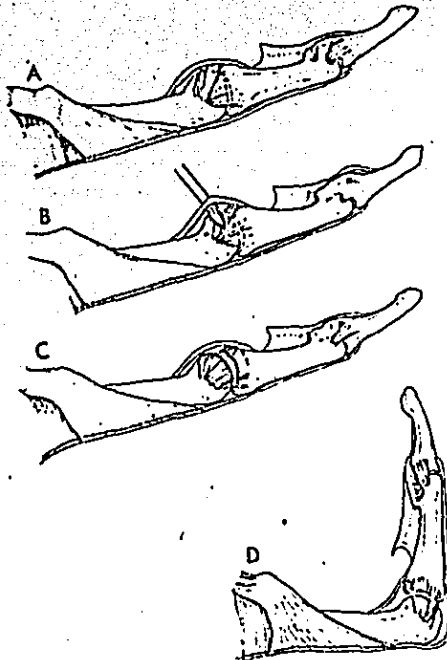
LIBERACION DE LITTLER PARA LA RETRACCION DE LOS INTRINSECOS. A. a nivel de la art. MF, la aponeurosis de los extensores consiste en un largo tendón extensor, fibras transversas (que flexionan la art. MF) y fibras oblicuas (que extienden las art. IF). La parte marcada con el área de rayas cruzadas se reseca a cada lado. B. aspecto de la aponeurosis después de la liberación.

TECNICA DE SCOTT Y BOSWICK (1983).

Estos autores usan un abordaje palmar para la artroplastia diseñado para corregir el bloqueo mecánico para la flexión causado por las adherencias del fibrocartílago palmar (volar plate) y la contractura y adherencias del ligamento colateral.

Esta cirugía puede ser hecha al mismo tiempo que la corrección de la causa primaria de la hiperextensión de la articulación interfalángica proximal y puede ser suplementada por tenodesis del superficial para minimizar la recurrencia de la hiperextensión. La vaina no necesita ser cerrada, pero un flap rectangular, si está intacta, puede ser dejado en el defecto. A las 24 a 48 hrs de la cirugía, se inicia la tracción dinámica de los flexores y se continúa por al menos 3 a 4 semanas.

Este abordaje ha sido también usado con buenos resultados en pacientes con fracturas, lesión tendinosa y reimplantes. En casos postraumáticos se hace necesario con frecuencia suplementar la liberación palmar con tenolisis de los extensores.



HIPOTESIS DE TRABAJO

El tratamiento quirúrgico de la deformidad en cuello de cisne de los dedos de las manos en pacientes con artritis reumatoidea brinda mejores resultados que el tratamiento conservador, a mediano y corto plazo, acortando el periodo de rehabilitación y de incorporación a actividades -- laborales, deportivas o domésticas, principalmente en personas jóvenes y en etapas productivas.

OBJETIVOS

- 1.- Demostrar que la deformidad en cuello de cisne de los dedos de las manos se puede tratar exitosamente en forma -- quirúrgica
- 2.- Demostrar que el tratamiento quirúr - gico ofrece mayor alivio del dolor y mayor recuperación de la movilidad -- que el tratamiento conservador.
- 3.- Demostrar que es mayor el número de pacientes satisfechos con el trata -- miento quirúrgico que con el trata -- miento conservador.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó este estudio observacional, longitudinal, descriptivo y comparativo en 15 pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía de Mano del Hospital Regional "20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E. contra 20 pacientes manejados en forma conservadora en el periodo comprendido del 1o. de Mayo de 1988 al 30 de Septiembre de 1988.

Se incluyeron paciente de ambos sexos y de cualquier edad, a los cuales se les había realizado, basándose en la clínica y en estudios radiológicos y laboratoriales el diagnóstico de Deformidad en Cuello de Cisne de uno o más dedos de las manos.

Fueron excluidos todos aquellos pacientes, tanto para el grupo de tratamiento quirúrgico como para el conservador, que tenían cirugías previas (de cualquier dedo considerado para el estudio), pacientes con trauma agudo y pacientes perdidos para su seguimiento.

Se realizaron exploraciones mensuales posterior a la fecha de la cirugía o al inicio del tratamiento conservador (usualmente, fecha de inicio de el tratamiento por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación) considerándose principalmente los siguientes parámetros :

- presencia o ausencia de dolor a la movilización
- rango de movilidad de flexoextensión
- edema y rigidez articular
- grado de integración a las actividades cotidianas.

El resultado se consideró como :

- EXCELENTE** Cuando al cuarto mes de postoperado el paciente presentaba flexoextensión completa y sin dolor, no existía edema ni rigidez articular y con una integración completa a sus actividades cotidianas.
- BUENA** Cuando al cuarto mes de postoperado, había moderado o mínimo dolor, con limitación para la flexoextensión de menos de 10 grados para lo normal e integración muy aceptable a las actividades cotidianas, edema y rigidez articular mínimos.
- MALA** Cuando al cuarto mes de postoperado, persistía el dolor, había una limitación para la flexoextensión de más de 10 grados con respecto a lo normal, edema y rigidez articular importantes y una pobre integración a las actividades cotidianas.

NOTA: Se utilizaron los mismos parámetros para los pacientes manejados en forma conservadora.

Tanto al cuarto mes de postoperados, como de tratamiento conservador, se interrogó a todos los pacientes sobre si se encontraban o no satisfechos con el resultado del tratamiento.

T A B L A I

PACIENTES MANEJADOS CONSERVADORAMENTE

Paciente	Edad	Sexo	Mano les.	Dedos	Rig.Art.	MA Tx	MD Tx	Resultado	SPRTx
1	63	F	Ambas	4	M	-10a40	-10a50	M	No
2	38	F	Ambas	5	S	-10a0	-10a20	M	Si
3	58	M	Ambas	3	L	-10a90	-10a100	M	No
4	55	F	Izq.	2	M	-15a50	-15a75	M	Si
5	61	M	Der.	2	M	-10a60	-10a90	B	Si
6	69	F	Ambas	6	S	-30a30	-20a45	M	No
7	72	F	Ambas	7	S	-30a-10	-25a15	M	No
8	46	F	Der.	3	L	-5 a80	-5 a90	M	No
9	47	M	Izq.	2	L	-15a70	-15a90	M	Si
10	39	F	Ambas	5	S	-15a20	-15a35	M	Si
11	68	M	Der.	2	L	-20a60	-15a80	M	No
12	49	M	Ambas	3	M	-20a45	-20a60	M	No
13	53	F	Izq.	4	M	-15a35	-15a70	B	Si
14	40	F	Ambas	5	S	-10a30	-10a45	M	No
15	48	M	Ambas	3	LI	-15a65	-15a90	M	Si
16	65	F	Izq.	3	M	-10a55	-10a80	M	No
17	45	F	Der.	1	L	-10a95	-10a110	M	No
18	64	M	Ambas	5	M	- 5a60	- 5a70	M	No
19	56	F	Ambas	4	M	-10a60	-10a70	M	No
20	59	F	Ambas	8	S	-30a 0	-10a30	B	Si

CLAVES:

F = Femenino

M = Masculino

Der. = Derecha

Izq. = Izquierda

Mano les. = Mano lesionada

Rig.Art. = Rigidez articular

MA Tx = Movilidad antes de el tratamiento conservador

MD Tx = Movilidad después de el tratamiento cons.

SPRTx. = Satisfacción del paciente con el resultado del tratamiento.

Resultados:

E = Excelente

B = Bueno

M = Maló

T A B L A II

PACIENTES MANEJADOS QUIRURGICAMENTE

Paciente	Edad	Sexo	Mano les.	dedos (no.)	dedos op.	Rig.hrt.	Tec.Qx.
1	45	M	Ambas	5	2	S	L
2	58	F	Ambas	4	2	S	S&B
3	55	F	Ambas	6	3	M	L
4	41	F	Der.	3	1	M	N&M
5	48	M	Der.	2	2	M	L
6	67	F	Izq.	2	2	S	L
7	30	F	Ambas	7	3	S	L
8	69	F	Izq.	2	1	L	N&M
9	63	F	Izq.	1	1	M	S&B
10	49	F	Der.	3	1	M	L
11	54	M	Ambas	4	2	S	N&M
12	58	M	Izq.	2	1	M	S&B
13	52	F	Ambas	6	3	S	L
14	71	F	Der.	2	1	S	L
15	65	M	Ambas	3	2	S	L

CLAVES .

Dedos op. = dedos operados

Tec. Qx. = Técnica quirúrgica utilizada

Rigidez Articular :

S = Severa

M = Moderada

L = Leve

Técnicas quirúrgicas:

L = Littler

N&M = Nalebuff y Millender

S&B = Scott y Boswick.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

T A B L A II (CONTINUACION)

PACIENTES MANEJADOS QUIRURGICAMENTE

Paciente	Dolor A.C.	Dolor D.C.	MAC	MDC	Comp.	Resultados	SPRC
1	+ +++	+	-30a 0	- 5a45	-	B	Si
2	+++	++	-20a10	- 5a60	-	E	Si
3	++	-	-15a45	0a70	-	B	Si
4	++	-	-15a30	0a60	-	B	Si
5	+	-	-10a40	0a75	-	B	Si
6	+++	+	-25a10	-10a50	-	B	Si
7	+++ +	+	-35-20	-10a45	-	E	Si
8	+	-	-10a75	0a110	-	B	Si
9	++	-	-15a45	0a90	Si	B	No
10	+++	+	-20a35	- 5a70	-	B	Si
11	++++	++	-20a10	-10a80	-	E	Si
12	++	-	-15a35	0a90	-	E	Si
13	+++	+	-25 a0	-10a60	-	E	Si
14	++	-	-35 a0	-15a45	-	B	Si
15	+++	+	-25a10	-10a75	-	E	Si

CLAVES:

Dolor A.C. = Dolor antes de la cirugía

Dolor D.C. = Dolor después de la cirugía

MAC = Movilidad antes de la cirugía

MDC = Movilidad después de la cirugía

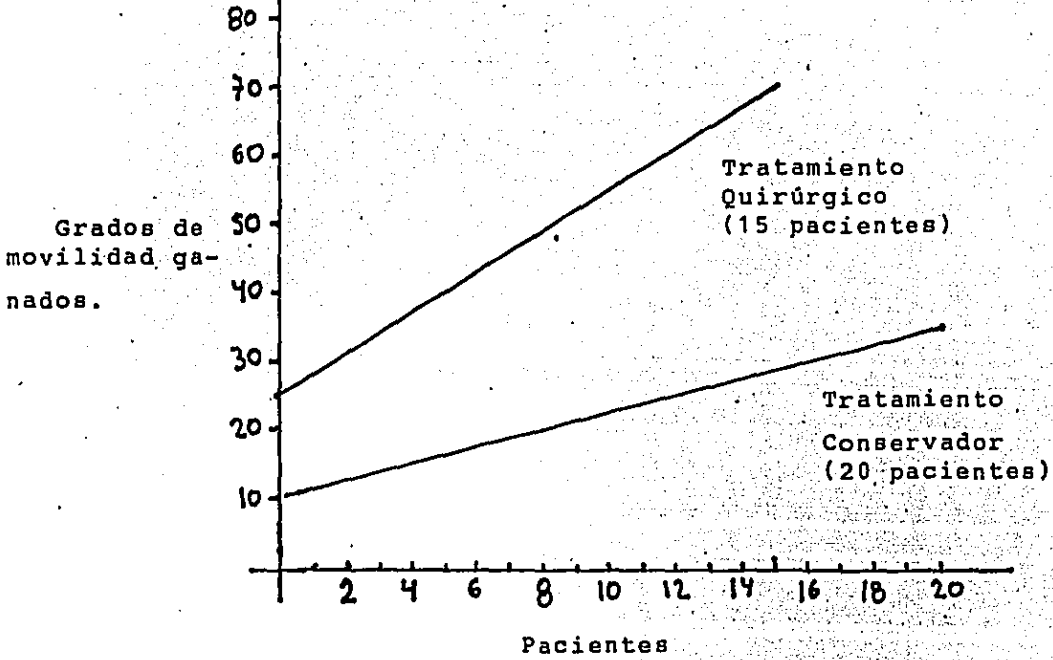
Comp = Complicaciones

SPRC = Satisfacción del paciente con el resultado de la cirugía.

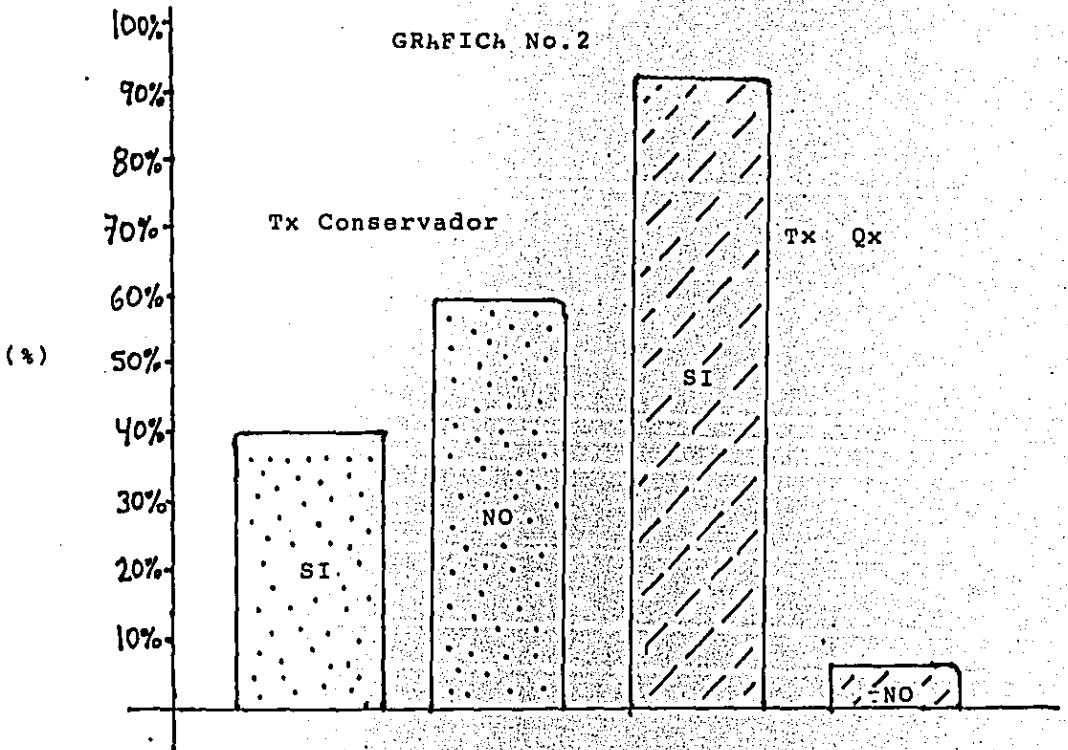
N O T A :

La movilidad se reporta en grados, tomados por goniometría de las articulaciones interfalángicas afectadas y promediando estas para un resultado global.

GRAFICA No. 1



GRAFICA No. 2



SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS

R E S U L T A D O S

Se captaron 35 pacientes manejados tanto en el servicio de cirugía de mano como en el de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional "20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E. durante el periodo comprendido del 1o. de Mayo de 1988 al 30 de Septiembre de 1988, 20 de los cuales fueron manejados en forma conservadora (por medio de tratamiento a cargo de Medicina Física y Rehabilitación) y 15 manejados en forma quirúrgica, por deformidad en cuello de cisne de los dedos de las manos, atribuible esta en todos los casos a patología de índole reumática. Se establecieron dos grupos de comparación.

Los pacientes fueron evaluados mensualmente, considerándose definitiva para este estudio la evaluación clínica realizada ya sea a los 4 meses de tratamiento conservador o a los 4 meses de efectuada la cirugía. Se utilizaron indistintamente -- las técnicas quirúrgicas de Littler (L), Nalebuff y Millender (N&M) y Scott y Boswick (S&B).

Los resultados fueron como sigue:

Edad :

Las edades en los pacientes del grupo conservador fueron de los 38 a los 72 años con una media de 54.75 años y en el grupo quirúrgico de los 30 a los 71 años con una media de 55 años.

Sexo :

En el grupo conservador hubo 13 mujeres (65%) y 7 hombres (35%) y en el quirúrgico 10 mujeres (66.6%) y 5 hombres (33.3%).

Manos lesionadas :

En el grupo conservador fueron ambas en el 60% de los casos, la derecha en el 20% y la izquierda en el 20% y en el grupo quirúrgico ambas en el 46.6%, la derecha en el 26.6% y la izquierda en el 26.6%.

No. de dedos tratados :

En el grupo conservador se manejaron un total de 77 dedos, con un promedio de 3.8 dedos por paciente, -- mientras que en el grupo quirúrgico, de 52 dedos a-

fectados (promedio de 3.4 dedos por paciente) , se operaron 27 (promedio de 1.8 dedos por paciente).

Grados de movilidad ganada:

En los pacientes del grupo conservador se consiguió una ganancia de los 10 a los 35 grados , con una media de 19 grados, mientras que en el grupo quirúrgico se ganaron de 25 a 70 grados , con una media de 46.6 grados. (GRAFICA No.1)

Resultados :

Los resultados del grupo conservador se consideraron buenos en el 15% de los pacientes y malos en el 85% de los pacientes, mientras que en grupo quirúrgico hubo un 40% de resultados excelentes y un 60% de resultados buenos , de acuerdo a los parámetros establecidos con anterioridad.

Satisfacción de los pacientes con los resultados :

Del grupo conservador un 40% se encontraron satisfechos y un 60% no, mientras que del grupo quirúrgico un 93.3% se encontraron satisfechos y un solo paciente no (6.66%). (GRAFICA No.2)

Dolor :

En todos los pacientes de ambos grupos hubo un importante alivio del dolor (promedio global de ++ de alivio).

Complicaciones:

Hubo una complicación dentro de los pacientes del grupo quirúrgico y se trató de una paciente de 63 años a la cual se le realizó la Técnica de Scott y Boswick en un dedo . Hubo lesión del nervio digital con la consiguiente pérdida de la sensibilidad de ese lado. Aunque el resultado se consideró como bueno en cuanto a la recuperación de la movilidad, la paciente no estuvo satisfecha con el

resultado.

No hubo ningún caso de infección ni de empeoramiento de los arcos de movilidad.

Técnica quirúrgica utilizada:

No fué posible establecer comparaciones válidas dada lo poco significativa de la muestra en que se utilizó cada técnica quirúrgica y en que estas fueron utilizadas indistintamente.

D I S C U S I O N

No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, el sexo, las manos afectadas y el número de los dedos lesionados entre los dos grupos de pacientes, como tampoco las hay si comparamos con resultados en la literatura.

Donde si hubo marcada diferencia fué en los grados de movilidad recuperada, en el alivio del dolor y en la satisfacción de los pacientes con el resultado, todo esto a favor del tratamiento quirúrgico.

Considero también prudente recalcar que no hubo malos resultados en los pacientes sometidos a cirugía, hecho importante, ya que implica la necesidad de no postergar el tratamiento quirúrgico en los pacientes con manos reumáticas. Los resultados de la cirugía son obvios.

Más aún, dado que la cirugía de estos pacientes puede ser realizada con anestesia local (que puede administrar el cirujano) y con instrumental mínimo, consideramos que no hay argumentos a favor del tratamiento conservador, exceptuando el que por alguna causa de fuerza mayor no se pueda llevar a cabo la cirugía.

Finalmente, espero que el presente estudio contribuya a llamar la atención de los Cirujanos de Mano hacia una patología muy frecuente e incapacitante y a tomar en cuenta al tratamiento quirúrgico como la mejor opción que se le puede ofrecer al paciente y evitar con esto años de dolor e incapacidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Braun, R.M., and Chandler, J.: Quantitative results of following implant arthroplasty of the proximal finger joints in the arthritic hand, *Clin. Orthop.* 83:135, 1972.
2. Brewerton, D.A.: Hand deformities in rheumatoid disease. *Ann. Rheum. Dis.* 16:183, 1957.
3. Bunnell S.: Surgery of the rheumatic hand, *J. Bone Joint Surgery* 37-A 759, 1955.
4. Clayton, M.L.: Surgery of the rheumatoid hand, *Clin Orthop* 36:47 1964
5. Cregan, J.C.F.: Indications for surgical interventions in rheumatoid - arthritis of the wrist and hand, *Ann. Rheum. Dis.* 18:29, 1959.
6. Ellison, M.R., et al.: The result of surgical synovectomy of the digital joints in rheumatoid disease, *J. Bone Joint Surg.* 53-A:1041, 1971.
7. Flatt, A.E.: Surgical rehabilitation of the arthritic hand, *Arthritis Rheum.* 2 278, 1959.
8. Flatt, A.E.: Salvage of the rheumatoid hand, *Clin. Orthop.* 23:207, 1962.
9. Gómez Correa Luis : Cirugía de Mano. Biblioteca Médica Mexicana. Edit. Salvat. México, 1986.
10. Granowitz, S., and Wainio, K.: Proximal interphalangeal joint arthrodesis in rheumatoid arthritis: a follow-up study of 122 operations, *Acta Orthop. Scand.* 37:301, 1965-1966.
11. Harris, C., Jr., and Riordan, D.C.: Intrinsic contracture in the hand and its surgical treatment, *J. Bone Surg.* 36-A:10, 1954.
12. Henderson, E.D., and Lipscomb, P.R.: Surgical treatment of rheumatoid hand. *J.A.M.A.* 175:431, 1961.
13. Hunter, J.M., Schneider, L.H., Mackin, E.J., and Callahan, A.D.: Rehabilitation of the hand. The C.V. Mosby Company, St. Louis Toronto, 1984.
14. Lane, V.A.I., Sairanen, E., and Wainio, K.: Finger deformities caused by - rheumatoid arthritis, *J. Bone Joint Surg.* 39-A:527, 1957.
15. Lipscomb, P.R.: Synovectomy of the distal two joints of the thumb and -- fingers in rheumatoid arthritis, *J. Bone Joint Surg.* 49-A:1135, 1967.
16. Marmor, L.: The role of hand surgery in rheumatoid arthritis, *Surg. Gynecol. Obstet.* 116:335, 1963.

17. Marmor, L.: Surgical treatments for arthritic deformities of the hand. Clin Orthop. 39:171, 1965.
18. Millender, L.H., and Nelebuff, E.A.: Reconstructive surgery in the rheumatoid hand, Orthop. Clin. North Am. 3:709, 1975.
19. Nelebuff, E.A., and Millender, L.H.: Surgical treatment of the swan-neck deformity in rheumatoid arthritis, Orthop. Clin. North Am. 3:733, 1975.
20. Scott, F.A. and Boswick, J.A. Jr., J. Hand Surg. 8:267-272, May 1983.
Palmar arthroplasty for treatment of Stiff Swan-neck deformity.
21. Sprague, B.L.: The proximal interphalangeal joint contractures and their treatment, Trauma 16:259, 1976.
22. Steindler, A.: Arthritic deformities of the wrist and fingers, J. Bone and Joint Surg. 33-A:849, 1951.
23. Swanson, A.B.: Treatment of the Stiff hand and flexible implant arthroplasty in the fingers. IN American Academy of Orthopaedic Surgeons: Instructional course lectures, vol. 21, St. Louis, 1972, The C. B. Mosby Co.
24. Swanson, A.B.: Implant resection arthroplasty of the proximal interphalangeal joint, Orthop. Clin. North Am. 4:1007, 1973.
25. Vaughan-Jackson, O.J.: Rheumatoid hand deformities considered in the light of tendon imbalance. I. J. Bone Joint Surgery 44-B:764, 1962.

