

PARESTESIAS EN 5º DEDO Y TRAUMATISMOS DE REPETICIÓN: SÍNDROME DEL MARTILLO HIPOTENAR

Sandra Pérez Motos, Daniel Montaner Alonso, Cristina Isabel Cerezuela Jordán, Teresa Colomina Laiz, Jose Luis Rodrigo Pérez
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Varón de 47 años que como antecedentes presenta hipertensión y trabaja realizando montaje de estanterías. Acude a Urgencias refiriendo parestesias y sensación de frialdad en 5º dedo de la mano derecha de un mes de evolución. Presenta pulso radial y cubital. Relleno capilar ligeramente retrasado y en la ecografía no se visualiza lesión vascular dándose de alta.

El paciente reconsulta por presenta necrosis del extremo distal del dedo (Composición 1).

La movilidad y sensibilidad está conservada excepto en el área de necrosis de 0,5x0,5cm. Se confirma frialdad, test de Allen patológico con arco palmar permeable dependiente de arteria radial y Maniobra de Adson no patológica.

Se realiza nuevamente ecografía en la que se detecta flujo Doppler hasta la falange intermedia del 5º dedo y arteria cubital a nivel de la eminencia hipotenar con aumento de diámetro compatible con aneurisma. En el Angiotac se confirmó dicho hallazgo con trombosis parcial y pared calcificada.



Composición 1: Necrosis de extremo distal de 5º dedo

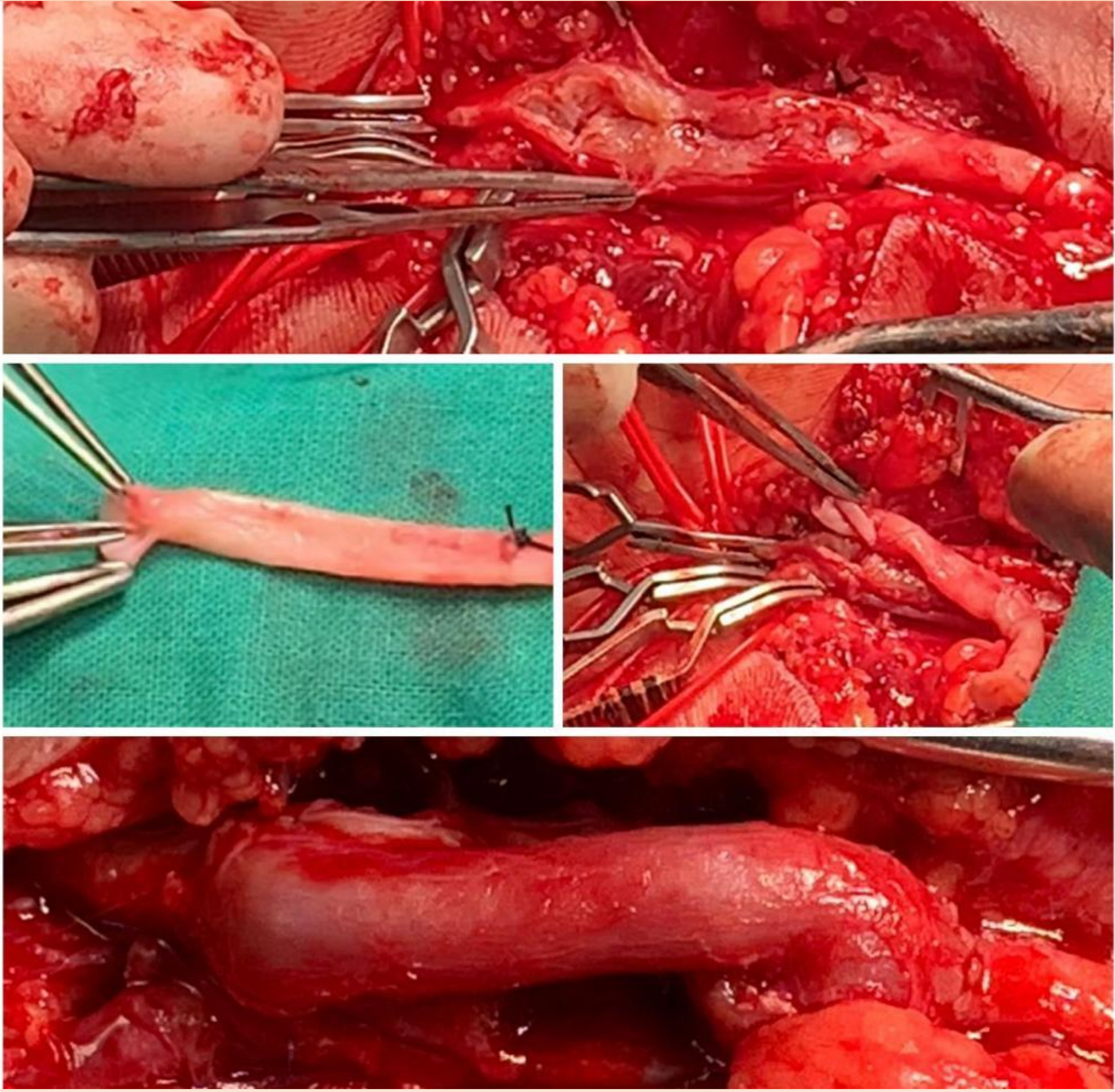


Imagen 1: Abordaje longitudinal en Z en borde cubital de carpo

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Se intervino por cirugía vascular y traumatología en colaboración para reperfundir el 5º dedo.

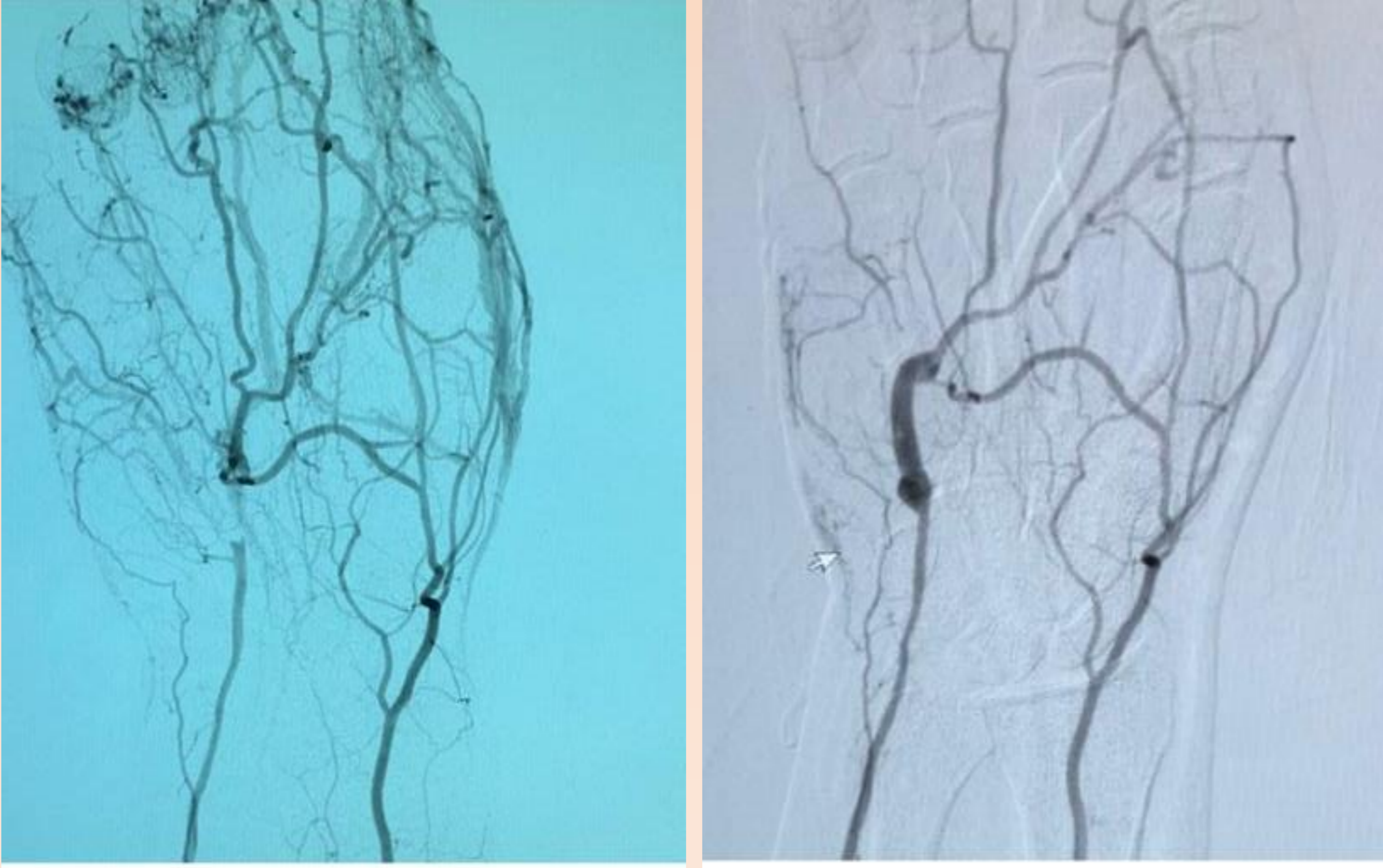
Se realizó una incisión longitudinal en z en borde cubital de carpo (Imagen 1) y disección subcutánea identificando la arteria cubital proximal a su bifurcación palmar. Se abrió el canal de Guyon y extracción parcial del ganchoso colocando cera para evitar recidivas y calcificaciones heterotópicas. Se abrió el saco aneurismático objetivándose permeabilidad de ramas distales con excepción del 5º dedo. Se realizó embolectomía y bypass de la vena safena interna derecha con anastomosis Termino-lateral proximal y distal (Composición 2). Se realizó arteriografía previa y posteriormente evidenciando resolución de la patología (Composición 3).



RESULTADOS:

A pesar de mantener una buena permeabilidad del bypass hasta ahora, el paciente preciso posteriormente de amputación transfalángica distal de 5º dedo tras delimitarse la isquemia distal ya instaurada. Actualmente el paciente se encuentra sin clínica y realiza su actividad habitual.

Composición 2: Apertura del saco aneurismático, embolectomía y bypass



Composición 3: Arteriografía pre y postintervención con resolución de trombosis

CONCLUSIÓN:

Recordar la importancia de conocer la existencia de este síndrome y mantener una elevada sospecha en trabajadores manuales con clínica compatible para su tratamiento precoz y mejor evolución de la patología.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Scheufler O, Radmer S, Erdmann D, Germann G, Pierer G, Andresen R. Therapeutic alternatives in nonunion of hamate hook fractures: personal experience in 8 patients and review of literature. Ann Plast Surg. 2005 Aug;55(2):149-54.
2. Villalba-Munera V, Vázquez-Medina C. Síndrome del martillo hipotenar con aneurisma de la arteria cubital. ANGIOLOGiA 2009; 61: 265-9
3. Dashe J, Jones NF. A Modified Surgical Approach Through Guyon's Canal and the Proximal Ulnar Border of the Carpal Tunnel Allows for Safe Excision of the Hook of the Hamate. J Hand Surg Am. 2019 Dec;44(12):1101.e1-1101.e5