

FRACTURA-LUXACIÓN VOLAR INESTABLE DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Oruetxebarria García, Estibaliz; Piella Prat, Eloi; Sánchez Leo, Indhyra Lucía; García Forcada, Ignacio; Esteve Balzola, Carles
Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona

OBJETIVO

Las fracturas-luxaciones volares de la articulación interfalángica proximal (F-L IFP) son raras y pueden lesionar el aparato extensor. El mecanismo lesional suele ser carga axial con hiperextensión de IFP.

Se consideran inestables si la falange media está luxada o subluxada en extensión de IFP. Su tratamiento es un reto al requerir una fijación estable para conseguir una movilización precoz.

Presentamos un caso de F-L IFP volar inestable, su manejo diagnóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 33 años acude por dolor e impotencia funcional del meñique derecho tras puñetazo cinco semanas atrás. A la exploración destaca: tumefacción y dolor en IFP con balance articular de $-40-60^\circ$. La radiografía muestra F-L IFP volar inestable, descartando otros trazos de fractura en el TAC.



Fig. 1: Radiografía de mano: Fx-lux IFP volar

Mediante abordaje dorsal se aprecia ruptura de la bandeleta central. Para reducir la falange media, se desinsertan parcialmente los colaterales. Se adapta una placa recta de 1,3mm AO ángulo variable dejando 3 agujeros y moldeándola proximalmente obteniendo un gancho. Se reinserta la bandeleta central sobre placa.

RESULTADOS

A la semana se permite movilización precoz con férula en extensión entre ejercicios. A los 6 meses presenta consolidación ósea, estabilidad y congruencia articular, balance articular $-10-75^\circ$ sin dolor y sin deformidad en boutonniere.



Fig. 2: Radiografía de control: osteosíntesis con placa gancho modelada

DISCUSIÓN

Las F-L IFP volares e inestables presentan complicaciones a largo plazo si se realiza un tratamiento subóptimo. Una reducción anatómica que restaure la longitud del aparato extensor facilita la cicatrización anatómica de la bandeleta central.

Se desconoce la mejor opción terapéutica. Está descrito el manejo con agujas de kirschner, fijadores externos, osteosíntesis con tornillo, fijación con anclajes o “pull-out” y obenques. La osteosíntesis con placas y placas gancho refleja resultados óptimos al permitir una síntesis estable y movilización precoz.

El uso de placa requiere un cierre cuidadoso del ligamento triangular para evitar rigidez de la articulación interfalángica distal. La parte proximal de la placa puede insertarse por encima o debajo de la bandeleta, dependiendo si ésta está rota o desinsertada. Las placas de 1,3mm en lugar de 2mm pueden disminuir su retirada y tenolisis.

Creemos que la placa gancho puede ser una opción eficaz en fracturas conminutas o con fragmentos de pequeño tamaño. Según la literatura, el uso de placas gancho de 1 o 2 agujeros podrían ser suficientes evitando así la rigidez de la interfalángica distal.

BIBLIOGRAFÍA

Elfar J, Mann T. Fracture-dislocations of the proximal interphalangeal joint. J Am Acad Orthop Surg. 2013 Feb;21(2):88-98. doi: 10.5435/JAAOS-21-02-88. PMID: 23378372; PMCID: PMC5823287.

Meyer ZI, Goldfarb CA, Calfee RP, Wall LB. The Central Slip Fracture: Results of Operative Treatment of Volar Fracture Subluxations/Dislocations of the Proximal Interphalangeal Joint. J Hand Surg Am. 2017 Jul;42(7):572.e1-572.e6. doi: 10.1016/j.jhssa.2017.03.030. Epub 2017 May 3. PMID: 28476538; PMCID: PMC5510930.

Komura S, Yokoi T, Nonomura H. Mini hook plate fixation for palmar fracture-dislocation of the proximal interphalangeal joint. Arch Orthop Trauma Surg. 2011 Apr;131(4):563-6. doi: 10.1007/s00402-010-1200-6. Epub 2010 Oct 21. PMID: 20963428.

