

**de Sitjar de Togores Sendra F, Ferreño Márquez D, Muñoz Vicente A, Rubio
Bravo B, Adrien Lara B.**

Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

La fracturas de falange son de las más frecuentes en el miembro superior. Se estima que alrededor del 23% de las fracturas por debajo del codo en países desarrollados son a este nivel. Siendo F1 la falange más frecuentemente afectada, sin embargo, las fracturas subcapitales a nivel de falange son muy infrecuentes en adultos. Presentamos el caso de una fractura-luxación subcapital de F1 del tercer dedo en un paciente de 17 años tratada de forma quirúrgica y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 17 años que presenta fractura a nivel del cuello de F1 del cuarto dedo de la mano derecha tras traumatismo directo con mecarpofalángica en flexión máxima.

En el estudio radiográfico se objetivó una fractura-luxación del cuello de F1 desplazada, sin contacto entre fragmento proximal y distal y rotación de 90° (Figura 1).

Según la clasificación de Al-Qattan (Figura 2), correspondería con un tipo III-C, siendo por tanto una fractura inestable con indicación de tratamiento quirúrgico.

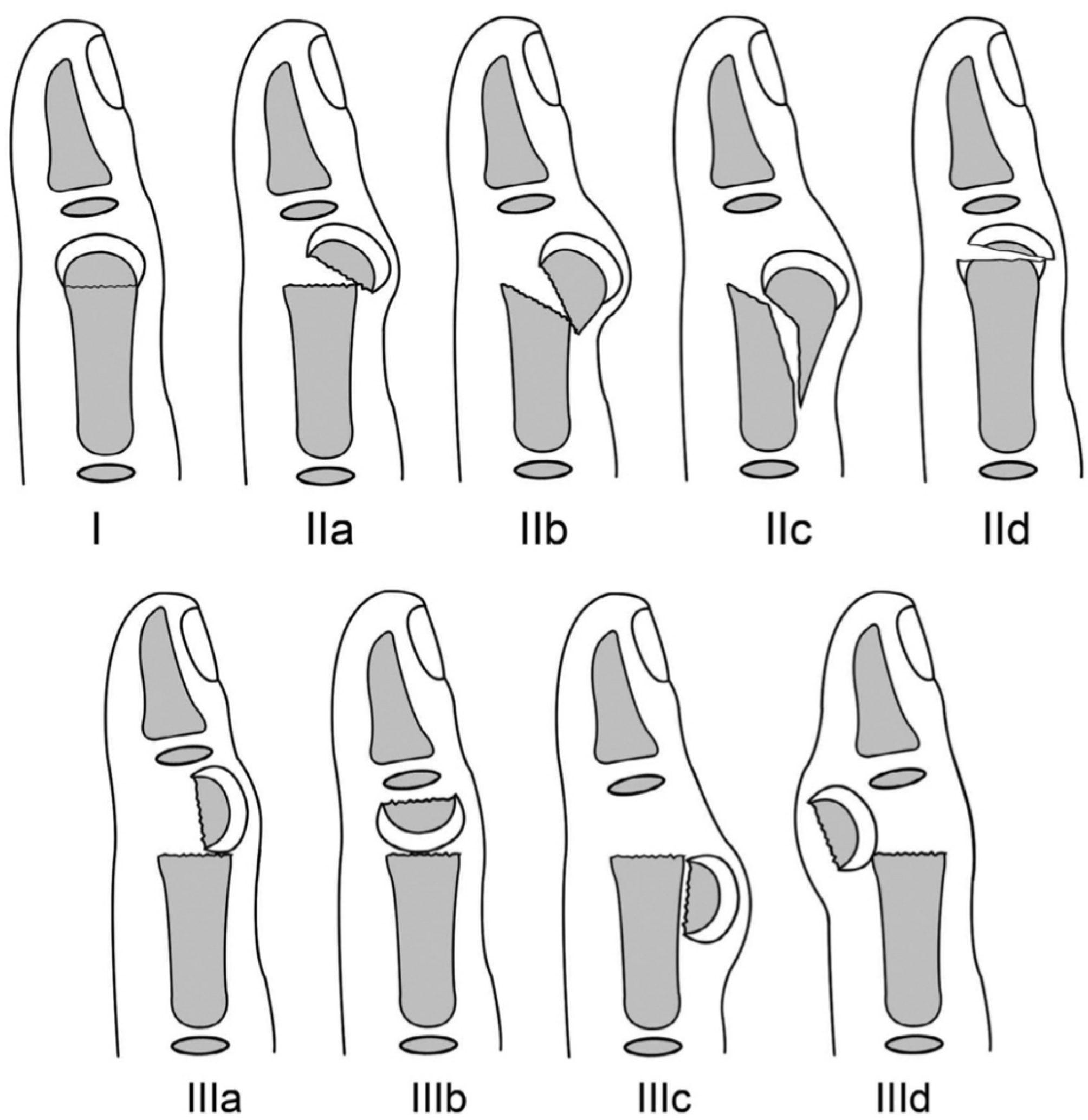


Figura 2. Clasificación de las fracturas del cuello de falange según Al-Qattan
Fuente:Al-Qattan MM, Al-Qattan AM. A review of phalangeal neck fractures in children. *Injury*. 2015;46(6):935-944.

RESULTADO

Se realizó reducción abierta mediante abordaje dorsal entre extensor central y bandeleta extensora lateral cubital, respetando los ligamentos colaterales y se realizó fijación transarticular con 2 AK cruzadas (Figura 3).

El postoperatorio inmediato curso sin incidencias con retirada de agujas a las 4 semanas. Inicialmente el paciente presentaba importante rigidez a nivel de MCF e IFP, con recuperación funcional completa al terminar la rehabilitación postquirúrgica.



Figura 1. Fractura-luxación cuello F1 tipo IIIC.

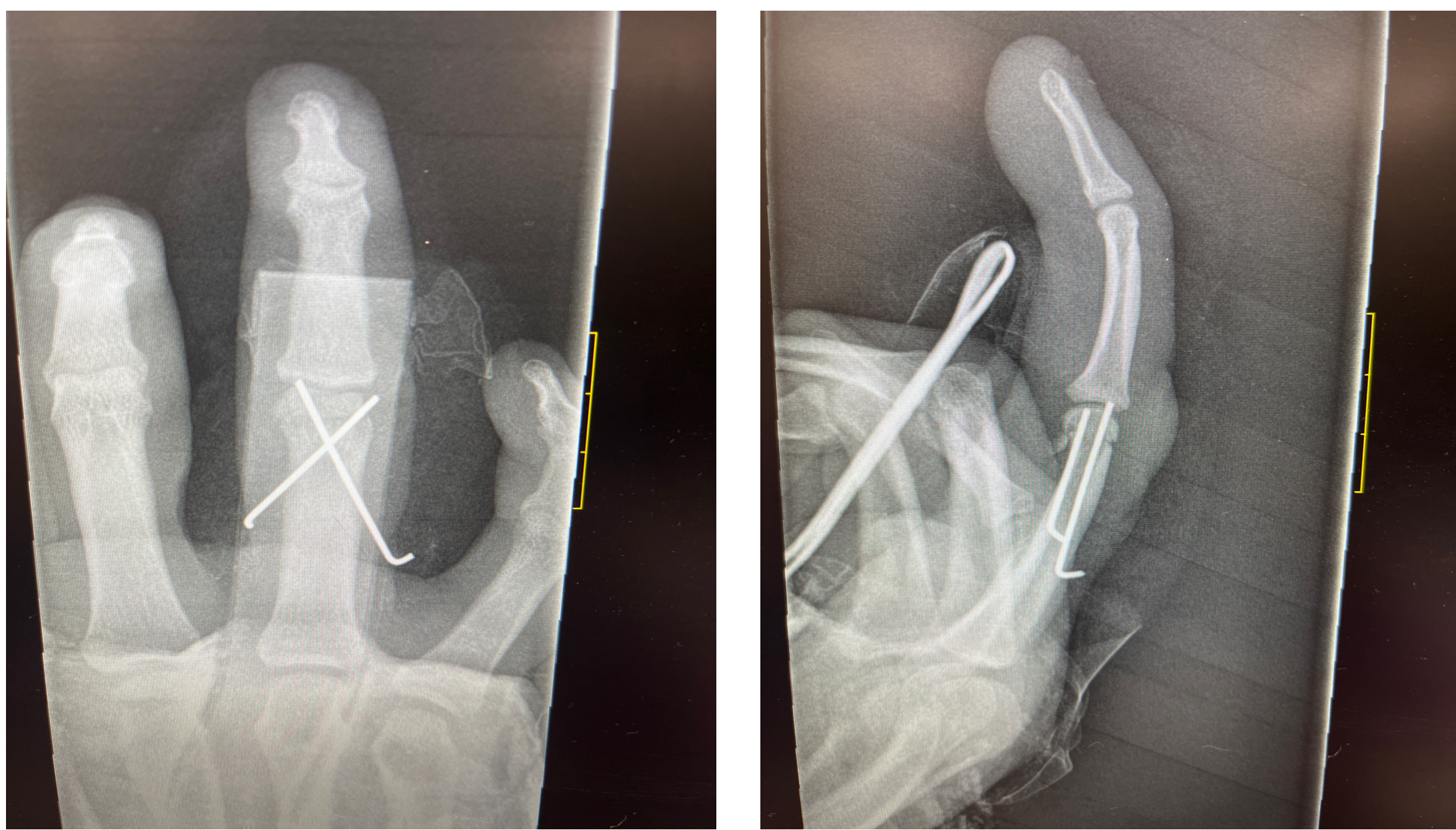


Figura 3. Control postquirúrgico tras reducción abierta y fijación transarticular con 2 AK.

CONCLUSIONES

Las fracturas subcapitales de falange en adultos son **infrecuentes** por lo que no existe evidencia clara acerca de la **técnica quirúrgica de elección** en fracturas inestables (tipo II y III). El método más empleado es la **fijación transarticular con AK**, aunque en adultos es recomendable la fijación **anterógrada** respetando las articulaciones. Clásicamente, las fracturas que implican traumatismos de alta energía, con importante conminución y afectación articular, se han asociado a malos resultados funcionales. Siendo la **rigidez secundaria** la complicación más frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

- Faruqi S, Stern PJ, Kiefhaber TR. Percutaneous pinning of fractures in the proximal third of the proximal phalanx: complications and outcomes. *J Hand Surg Am*. 2012;37(7):1342-1348.
- El-Saeed M, Sallam A, Radwan M, Metwally A. Kirschner Wires Versus Titanium Plates and Screws in Management of Unstable Phalangeal Fractures: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Hand Surg Am*. 2019;44(12):1091.e1-1091.e9.
- Henry MH. Fractures of the proximal phalanx and metacarpals in the hand: preferred methods of stabilization. *J Am Acad Orthop Surg*. 2008;16(10):586-595.
- Al-Qattan MM, Al-Qattan AM. A review of phalangeal neck fractures in children. *Injury*. 2015;46(6):935-944.
- Al-Qattan MM. Phalangeal neck fractures in adults. *J Hand Surg Br*. 2006;31(5):484-488.