

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

Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Las 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.

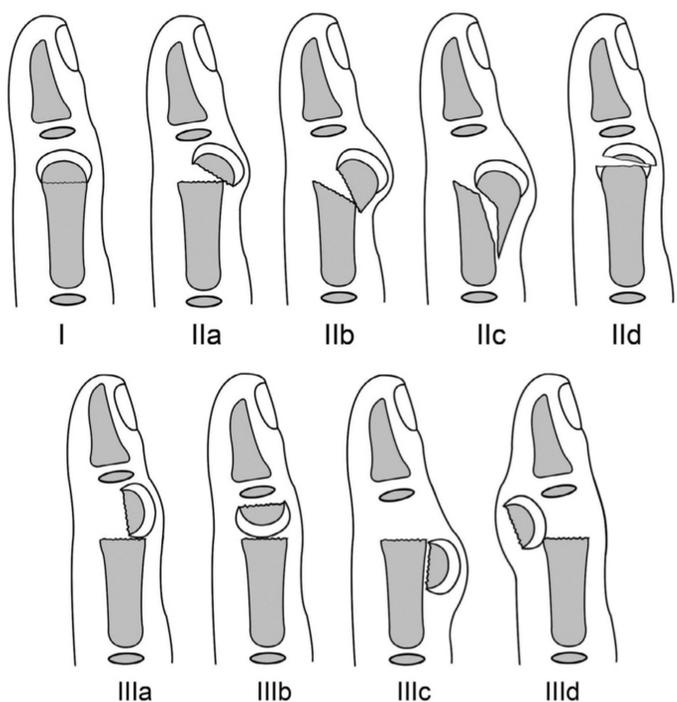


Figura 2. Clasificación de las fracturas del cuello de falange según Al-Qattan
Fuente: Al-Qattan MM, Al-Qattan AM. A review of phalangeal neck fractures in children. *Injury*. 2015;46(6):935-944.

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 III-C.



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.