

TRIPLE PRÓTESIS DE SILICONA EN ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL EN UN MISMO TIEMPO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Celia Marín Pérez, Juan Moreno Blanco, Paula Roig Zurita, Óscar Serrano Alonso, Cristina Jiménez Nava

 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

OBJETIVOS

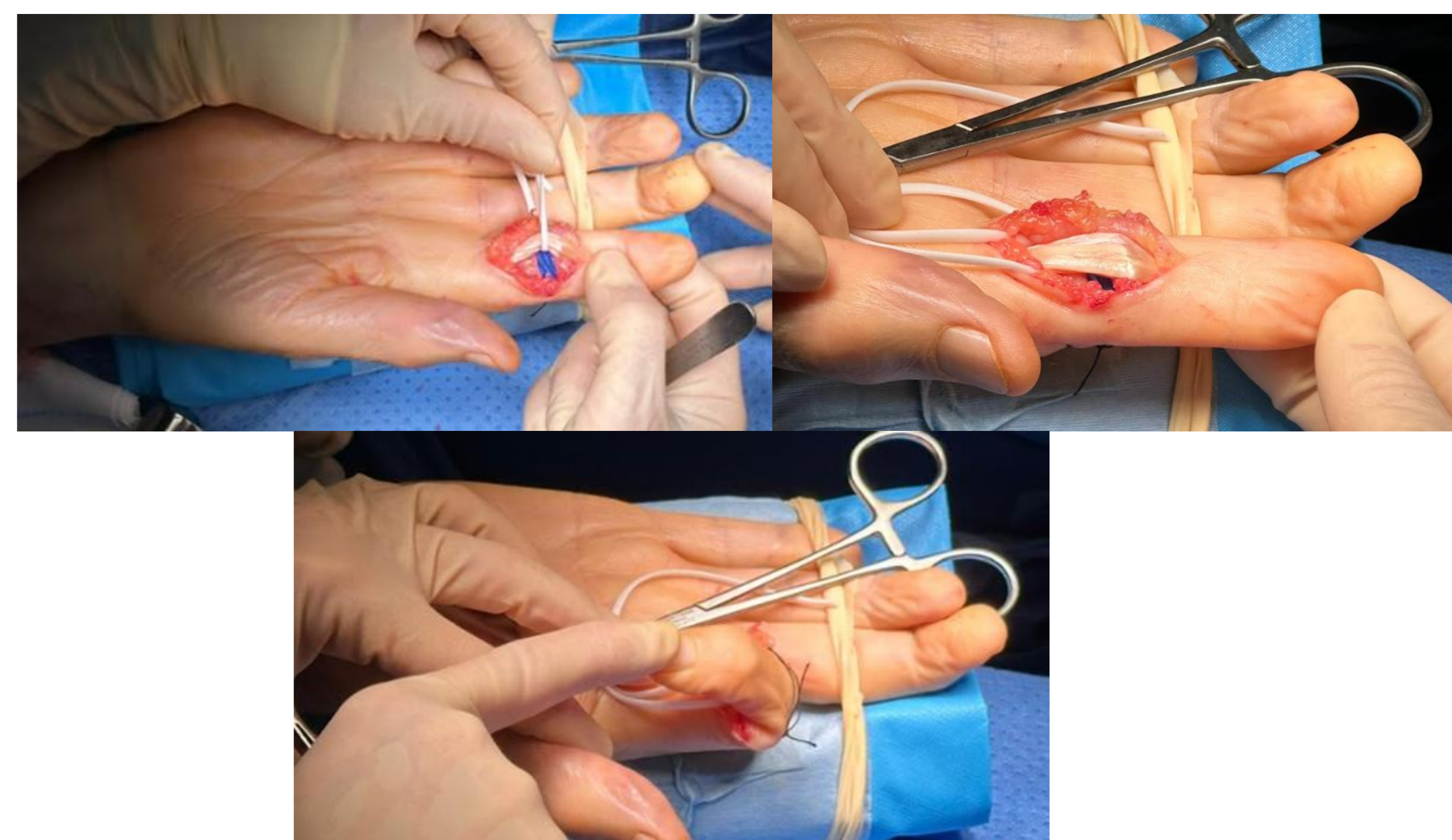
Presentamos un paciente con manos reumáticas que se interviene mediante triple artroplastia de silicona de la articulación interfalángica proximal (IFP) en un mismo acto quirúrgico. Describimos nuestra técnica quirúrgica y resultado funcional del paciente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 66 años derivado a nuestras consultas por dolor generalizado en ambas manos con impotencia funcional. El paciente presenta manos reumáticas complejas. Dolor a la palpación, sobre todo, de articulación IFP del segundo, tercer y cuarto dedo de la mano derecha.

La radiografía muestra importante destrucción articular generalizada.

Se realiza un abordaje volar en zigzag tipo Brunner en el pliegue de la articulación IFP del segundo, tercer y cuarto dedo. Se secciona la vaina tendinosa entre las poleas A2 y A4. De esta forma podemos apartar los tendones flexores y acceder a la placa volar, que se desinserta. Hiperextensión de la articulación en forma de cañón de escopeta para exponer la superficie articular. Se extirpan los cóndilos de la falange proximal y la superficie articular de la falange media y se fresa el canal medular. Se coloca el implante definitivo en los tres dedos que consiste en una prótesis de silicona. Se comprueba correcta estabilidad y rango de movimiento pasivo intraoperatorio.



RESULTADOS

Se permite movilidad activa desde el inicio.

A los dos meses el paciente presenta EVA = 2 (EVA preoperatorio = 7). Flexión activa de articulación IFP del segundo al cuarto dedos: 35/30/35°. Extensión activa: 60/55/60°.

CONCLUSIONES

La principal indicación de artroplastia de articulación interfalángica proximal es el dolor limitante y se han demostrado buenos resultados con la prótesis de silicona.

El abordaje palmar no supone una interrupción del aparato extensor y, por tanto, podría considerarse un abordaje menos lesivo que el dorsal. Este hecho hace que los pacientes recuperen la extensión de la articulación en un menor periodo de tiempo. Además, no requiere inmovilización postoperatoria, lo que favorece que el paciente recupere antes el rango de movimiento.