

# Luxaciones de los dedos de la mano

**Juan M. Gómez Canedo\***

**Sergio Pombo E.\*\***

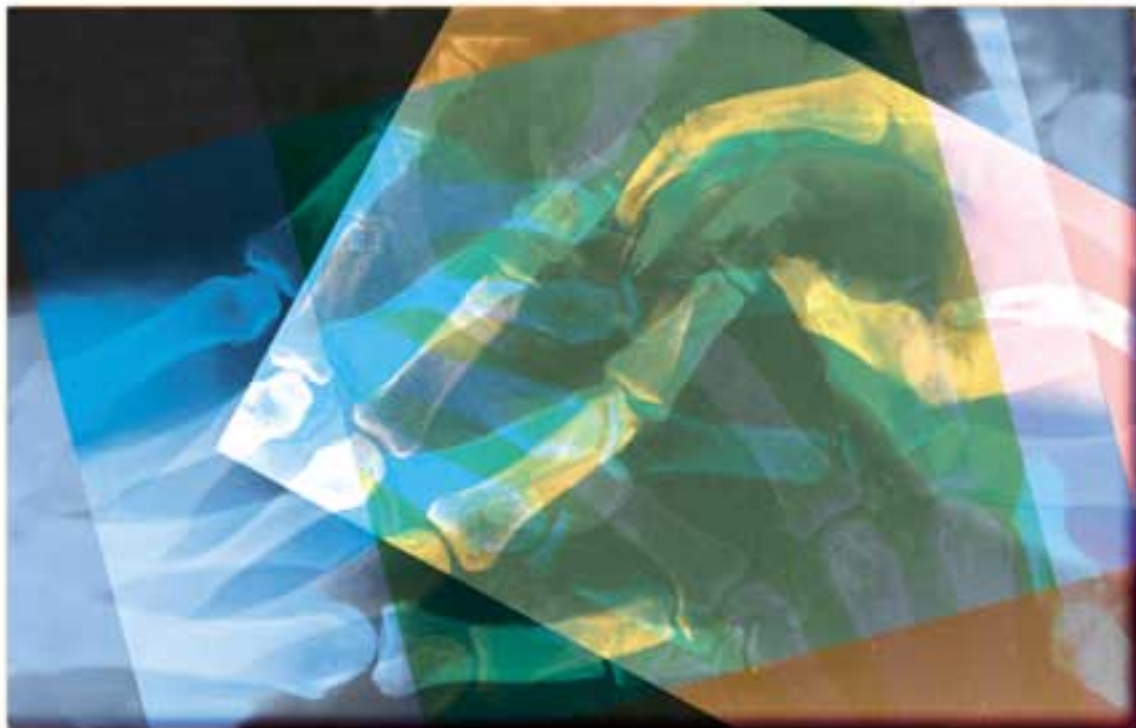
**M<sup>re</sup> Luisa Mariño R.\*\***

\* Jefe Serv. médico  
de Ibermutuamur Pontevedra.

\*\* Serv. Traumatología de Povisa. Vigo.

**Correspondencia:**

Servicio de Prevención  
de Ibermutuamur  
C/ Rosalía de Castro, 18  
36201 VIGO (PONTEVEDRA)



## RESUMEN:

Los traumatismos de la mano son muy frecuentes en el ámbito laboral y deportivo, mereciendo una especial mención dentro de ellos las lesiones cápsuloligamentosas digitales (esguinces y luxaciones), cuya localización predominante es a nivel de la articulación interfalángica proximal de los dedos largos y articulación metacarpofalángica del pulgar.

Es necesario realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones, teniendo en cuenta que, para obtener un resultado final satisfactorio, es preciso evitar tanto el exceso terapéutico como la insuficiencia del mismo.

Las lesiones cápsuloligamentosas graves (luxaciones) de la articulación de los dedos de la mano tienen una especial trascendencia en el ámbito laboral, debido a las secuelas que ocasionan en un porcentaje no despreciable de casos.

El objetivo de este artículo es realizar una breve exposición sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de patología a nivel de las distintas articulaciones de los dedos.

## PALABRAS CLAVE

Metacarpio

Falange

Esguince

Luxación

Ligamentos

## 1. Articulación Metacarpofalángica del pulgar

Recuerdo anatómico: La articulación metacarpofalángica (MF) del pulgar presenta un doble sistema estabilizador: por un lado un sistema cápsuloligamentoso (pasivo) y por otro un sistema muscular (activo). Dentro de este sistema cápsuloligamentoso el principal estabilizador es el ligamento colateral cubital, cuyo arrancamiento en el adulto se produce fundamentalmente en su segmento distal, debido a un mecanismo violento de hiperabducción de la articulación MF.

Fue el autor sueco B. Stener (1) quien describió en 1.962 esta lesión, consistente en un arrancamiento del ligamento colateral cubital, el cual se desplaza de tal modo que queda situado por fuera de la aponeurosis del músculo adductor del pulgar, pudiendo suceder esto con o sin arrancamiento óseo. Su causa es que cuando la articulación MF se flexiona, la aponeurosis del adductor se desplaza distalmente; si la desviación radial se produce en esta posición, el ligamento colateral roto se desplaza, de forma que cuando la articulación vuelve a extenderse el ligamento queda situado por encima de dicha aponeurosis, en una posición irreductible ortopédicamente y que necesariamente precisará una intervención quirúrgica para volver a reponer el ligamento en su origen (Figura 1).

### Diagnóstico:

- Clínico: la articulación MF se presenta hinchada y dolorosa, y en ocasiones se aprecia un hematoma a este nivel. La flexo-extensión está conservada, con dolor a la abducción contra resistencia.

- Imagen: se puede realizar con Rx simple cuando existe un fragmento óseo. Las Rx de stress demuestran la existencia de bostezo articular (precisa estudio comparativo con el lado sano). Ultimamente está en auge la realización de la RMN empleada por autores como Louis en 1989 (2) o Spaeth (3). RYU (4) ha propuesto recientemente el empleo de la artroscopia, para diagnosticar el desplazamiento del ligamento, y en su caso recolocarlos con un pequeño gancho-palpador.

### Tratamiento:

- Cuando la lesión consiste en un arrancamiento de la inserción del ligamento colateral cubital sin desplazamiento del fragmento óseo, nos limitamos a colocar un yeso durante 4 semanas.
- Cuando existe un fragmento óseo desplazado o se trata de una lesión pura del ligamento con posibilidad de interposición de la aponeurosis del adductor, optamos por el tratamiento quirúrgico.

### Técnica quirúrgica:

- Si hay un fragmento óseo que no excede de un 20% de la superficie articular, creemos preferible extirparlo y reinsertar el ligamento en la zona cruenta. Si el fragmento óseo es mayor del 20% de la superficie articular se procederá a su reducción y fijación con una aguja de Kirschner fina.
- Si se trata de una desinserción distal del ligamento, se fijará el extremo del ligamento a su lecho original con un arpón óseo. Si existe un muñón ligamentoso distal suficiente, se suturan los extremos del ligamento roto.

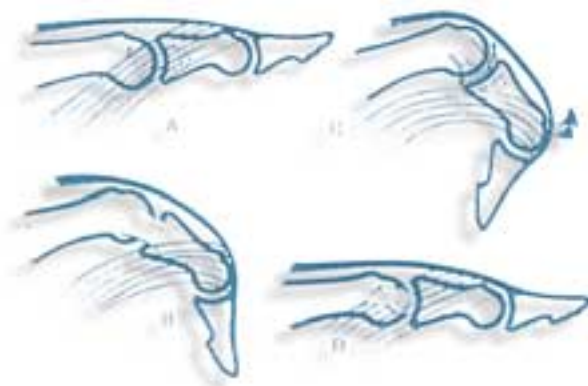


Fig. 1.  
Lesión de Stener.  
Posicionamiento del ligamento colateral cubital sobre la aponeurosis del adductor.

## 2. Articulaciones Metacarpofalángicas de los dedos largos

Recuerdo anatómico: son articulaciones de tipo condíleo, siendo la cabeza de los metacarpianos más ancha en su zona palmar, lo que da lugar a que la superficie de contacto con la base de la falange, sea mayor según se va flexionando la articulación. Los ligamentos colaterales, se tensan en flexión y se alargan en extensión (en esta posición son posibles movimientos de adducción-abducción).

### Tipos de lesiones:

- a) Rotura aislada de un ligamento colateral (rara).
- b) Luxación dorsal (mas frecuente la del índice seguida de la del meñique). Se produce por un mecanismo de hiperextensión lo que provoca la rotura de la placa palmar en su porción proximal, quedando interpuesta entre la cabeza del metacarpiano y la base de la falange.

- c) Luxaciones palmares (mucho más raras) la cápsula dorsal arrancada proximalmente puede interponerse en la articulación e impedir la reducción.

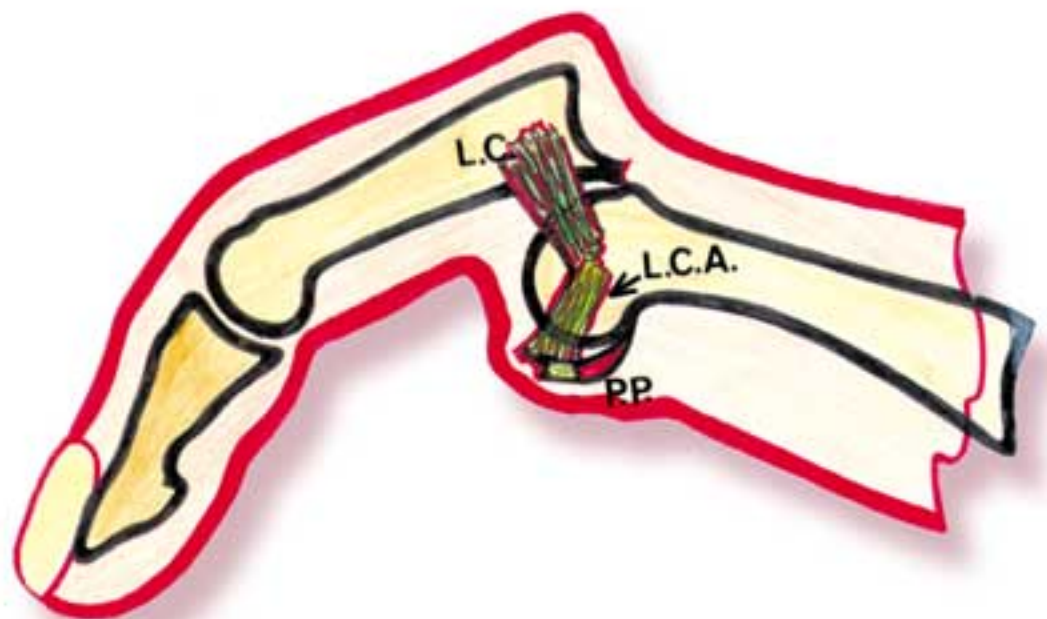
### Diagnóstico:

- Clínico: dolor, deformidad e impotencia funcional a nivel articular, aunque en ocasiones el componente de deformidad es relativo ya que cuando las valoramos ya están reducidas.
- Imagen: el estudio radiológico convencional es suficiente.

### Tratamiento:

- Rotura aislada de un ligamento colateral: se procede a inmovilización durante 3 semanas con la MF flexionada a 60° para evitar la retracción de los ligamentos colaterales.
- Luxaciones completas: la interposición de la placa palmar hace necesario recurrir a la intervención.

Fig. 2.  
Luxación dorsal completa de la articulación IFP.



### 3. Articulaciones Interfalángico proximal

Recuerdo anatómico: la articulación Interfalángica proximal (IFP) es una articulación tipo bisagra, estable en todo su recorrido debido a la forma anatómica de las superficies articulares y al sistema cápsulo-ligamentoso (ligamentos colaterales y la placa palmar). La integridad de estos elementos representa la clave de la estabilidad IFP.

#### Tipos de lesiones:

1. Luxación dorsal: es, con gran diferencia, la mas frecuente de las luxaciones que afectan a esta articulación, produciéndose tras un choque o traumatismo violento en hiperextensión. La falange media se desplaza dorsalmente. Pueden distinguirse tres tipos:

- a) Subluxación, con congruencia de las superficies articulares, siendo el grado de hiperextensión anormal, permitido por el arrancamiento de la placa volar y un desgarro longitudinal incompleto de los ligamentos colaterales.
- b) Luxación completa, por arrancamiento de la placa volar y desgarro completo de los ligamentos, colaterales accesorios, permitiendo que la falange media se situe dorsal y paralelamente a la falange proximal (Figura 2).
- c) Fractura-luxación: la placa palmar se desinserta de la falange media, con un fragmento óseo.

#### Diagnóstico:

Clínico: es evidente la deformidad, habitualmente con un componente rotacional de la falange media en relación a la proximal.

- Radiológico:
- Radiografía simple: si la luxación todavía no ha sido reducida (Fig. 3).
- Radiografía forzada: mostrará un aumento del grado de hiperextensión, o de la desviación lateral (Fig. 4).

#### Pronóstico:

Se utiliza el test de la estabilidad activa. Para ello, se pide al paciente que mueva la articulación y si se demuestra una movilidad completa y estable el pronóstico es bueno, siendo el tratamiento indicado el ortopédico. Si se reproduce el desplazamiento en los últimos grados de extensión, indica la existencia de una seria lesión ligamentosa (5).

#### Tratamiento:

- Subluxaciones: férula digital durante 4 ó 5 días mientras cede la inflamación y después se coloca una sindactilia con un adhesivo durante 15 días.
- Luxaciones puras: se reducen por manipulación y se inmovilización durante 3 semanas con la IFP en flexión de 25° .



Fig. 3. Luxación dorsal simultánea de IFP e IFD. Rx pre y postreducción.



Fig. 4. Rx stress IFP. Rotura ligamento colateral radial.

2. Luxación lateral: Se produce por un movimiento forzado de inclinación radial o cubital con rotura del ligamento colateral y avulsión al menos parcial de la placa volar. La rotura del ligamento colateral radial es menos frecuente que la del cubital. En ocasiones, se incluye un pequeño fragmento óseo de la inserción distal o proximal.

El tratamiento será ortopédico, mediante inmovilización durante 3 semanas, reservando la intervención quirúrgica para los casos en que se produce un bloqueo por interposición intrarticular del ligamento roto, o existe un fragmento óseo desplazado.

3. Luxación palmar: Pueden ser puras o fracturas-luxaciones. Son poco frecuentes y producidas por un traumatismo violento en hiperflexión. En ambos tipos se pierde la continuidad de la banda medial extensora, con el riesgo de aparición de una deformidad en ojal (boutonniere).

Fig. 5.  
Esquema luxación IFP con interposición de la bandeleta lateral extensora.



El tratamiento consiste en hacer un intento de reducción incruenta, aunque exista un fragmento óseo dorsal e inmovilización con la IFP en extensión completa con férula dorsal durante 4-6 semanas dejando libre la interfalángica distal (IFD). Si no es reductible, se realizará reducción abierta, reparando la banda medial extensora.

4. Luxación rotatoria: de presentación excepcional, se caracterizan porque la cabeza de la falange proximal se luxa entre la banda medial y lateral del aparato extensor (Fig. 5).

El tratamiento consiste en flexionar las articulaciones MF e IFP, relajando así la banda lateral extensora; en esta posición se realiza tracción combinada con un movimiento de rotación, para desencajar el cóndilo de la falange de la banda lateral extensora. Si la reducción es imposible se realizará una reducción abierta de la misma.

#### 4. Articulaciones IFD de los dedos largos e IF pulgar

Son poco frecuentes por la estabilidad que proporcionan los tendones flexores y extensores, así como los ligamentos colaterales y el corto brazo de palanca de la falange distal.

##### Tipos de lesión:

- a) Luxación dorsal, lesión habitualmente cerrada.
- b) Luxación lateral, generalmente abierta debido a que la piel a este nivel tiene escasa capacidad de deslizamiento.

##### Tratamiento:

- La reducción cerrada se consigue con facilidad y se inmoviliza el dedo en ligera flexión durante 3 semanas.
- El tratamiento quirúrgico es excepcional.

##### Agradecimiento:

Los autores de este artículo agradecen al Dr. Carlos Irisarri Castro la amabilidad que ha tenido al ceder algunas de las imágenes que se ilustran en el mismo.

#### BIBLIOGRAFIA.

1. Stener, B. : Displacement of the ruptured ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb: a clinical and anatomical study. *J. Bone Joint Surg.* 1962;44-B:869 -879.
2. Louis DS, Buckwalter KA. Magnetic resonance imaging of the collateral ligaments of the thumb. *J Hand Surg (Am)* 1989;14:739-741.
3. Spaeth HJ, Abrams RA, Bock GW, et al. Gamekeeper thumb: differentiation of the nondisplaced and displaced tears of the ulnar collateral ligament with MR imaging. *Radiology* 1993; 188:553-556.
4. Jaiyoung Ryu, MD et al. Arthroscopic treatment of acute complete thumb metacarpophalangeal ulnar collateral ligament tears. *J Hand Surg* 1995;20A:1037-1042.
5. Irisarri, C.: Cirugía de la mano traumática. ENE ediciones. Madrid.1987.