

Epidemiología de las lesiones de punta de dedo

Dr. Luis Felipe Náquira Escobar*, Dra. Ana María Naranjo**, Dr. Jaime Alberto Londoño*

* Ortopedista. Cirujano de mano, Clínica CES, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

** Médica y cirujana, Universidad CES, Medellín, Colombia.

Correspondencia:

Dr. Luis Felipe Náquira

Calle 78B No. 69-240 Cons. 153, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Tel. (574) 3262626

lnaquira@yahoo.com

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2011

Fecha de aprobación: 26 de enero de 2012

Resumen

Introducción: las lesiones de punta de dedo se relacionan comúnmente con actividades laborales y son una causa frecuente de consulta a los servicios de urgencias. Por lo tanto, el conocimiento de su epidemiología y pronóstico es fundamental en el planeamiento de políticas de salud pública.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos entre enero de 2005 y junio de 2009, en el servicio de cirugía de mano y miembro superior de la Clínica CES, de la ciudad de Medellín. Se revisaron 86 historias clínicas en igual número de pacientes con diagnóstico de lesión de punta de dedo. Se evaluó edad, sexo, tipo de lesión, intervención realizada y complicaciones asociadas.

Resultados: las complicaciones encontradas fueron necrosis, infección y dolor residual en 9 pacientes (10,5 %). El 98 % de los pacientes presentaron recuperación completa de los arcos de movimiento; el tiempo promedio antes del retorno laboral fue de 30,2 días.

Discusión: los resultados obtenidos demuestran que las lesiones de punta de dedo son frecuentes en los servicios de urgencias y que se requiere un manejo especializado para obtener recuperaciones funcionales, rápidas y completas.

Palabras clave: epidemiología, traumatismos de los dedos, salud laboral, fractura de las falanges de los dedos.

[*Rev Col Or Tra* 2012; 26(2): 109-112]

Abstract

Introduction: Fingertip injuries are almost always related to work accidents and are a common pathology seen at emergency. Therefore an accurate knowledge about its epidemiology and prognosis is fundamental in public health planning policies.

Methods: A case series study was performed from January 2005 through June 2009 including all patients attended in hand surgery department at Clínica CES in Medellín, Colombia. 86 patients were included in the study. Age, gender, personality of the injuries, method of treatment as well as related complications were systematically evaluated.

Results: Overall complication rate was 10.5 %. 98 % of the patients fully recover themselves in a mean time of 30.2 days as all the patients were treated by a hand surgeon.

Discussion: Good to excellent results can be obtained when proper diagnosis and treatment is performed by a hand surgeon.

Key words: Epidemiology, finger injuries, occupational health, finger phalanges fracture.

[*Rev Col Or Tra* 2012; 26(2): 109-112]

Introducción

Las lesiones de punta de dedo son más frecuentes en gente joven, entre la segunda y la cuarta décadas de la vida, aunque también se presentan con alguna frecuencia en pacientes que se encuentran en la primera década de vida. En el primer caso, la lesión se presenta durante la edad productiva (1, 2, 3).

Las lesiones de la punta del dedo son las lesiones traumáticas de la mano más frecuentes y por definición comprenden todas las lesiones distales a la inserción de los tendones flexores y extensores. El tratamiento se efectúa teniendo en cuenta la personalidad de la lesión, incluyendo el claro entendimiento del compromiso de tejidos blandos, la presencia o ausencia de exposición ósea o fracturas de la falange distal asociadas y la presencia de amputación o lesión del lecho ungueal y de la uña. La elección final del tratamiento quirúrgico se debe hacer después de analizar diversos factores como edad, ocupación, sexo y dominancia manual (4, 5, 6, 7).

Entre los criterios diagnósticos se encuentran: 1) la anamnesis, en la cual se debe resaltar el tiempo de evolución, la causa, el contexto en el que ocurrió el trauma, la edad, la mano dominante y la ocupación; 2) el examen físico, que debe incluir siempre el estado de la falange distal y del lecho ungueal, la presencia o ausencia de hematoma subungueal, el grado de oblicuidad de la herida, el llenado capilar, la sensibilidad y la función de los tendones flexores y extensores. Con respecto a los grados de oblicuidad de la herida, se deben definir los diferentes tipos de heridas o cortes: oblicuas volares con o sin exposición ósea, transversas y oblicuas dorsales; además, se pueden clasificar topográficamente las amputaciones a este nivel en grupos de I a IV (8).

En la evaluación de estos pacientes es importante tener claramente definidas las características de la lesión (lesión del lecho ungueal, lesión ósea o lesión del pulpejo) para establecer el plan de manejo.

Lesión del lecho ungueal: hematoma, laceración o avulsión. Cuando se encuentran hematomas mayores del 50 % de la superficie visible de la uña, se piensa en laceración o avulsión del lecho ungueal, por lo que siempre se recomienda evaluarlos retirando la uña (figura 1).

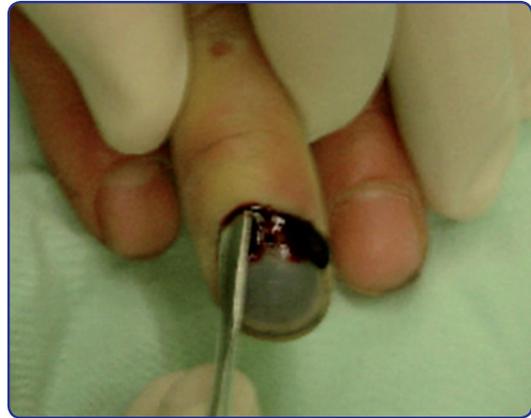


Figura 1. Lesión del lecho ungueal.

Lesión ósea: se debe definir si hay fractura, caso en el cual se debe definir si esta se encuentra o no desplazada y si es estable o inestable.

Lesión del pulpejo: herida, avulsión con o sin exposición ósea. Para manejar este tipo de lesión se emplean con frecuencia los colgajos, que pueden ser locales, regionales o en isla (figura 2).

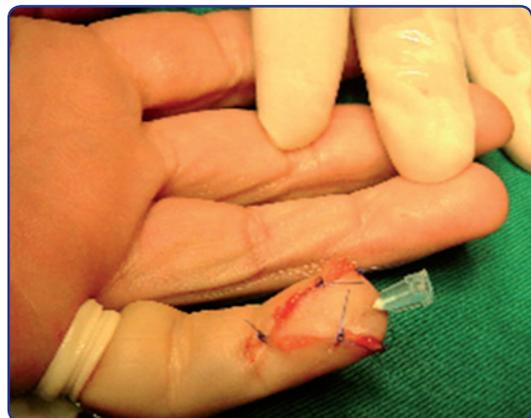


Figura 2. Lesión del pulpejo con colgajo local.

Una vez definida la personalidad de la lesión, la oblicuidad y el volumen de pérdida de tejido, es fácil plantear un plan de tratamiento correcto, en el cual se debe tener siempre en cuenta una cicatrización dirigida, la necesidad de injertos de piel, la posibilidad de acortamiento y sutura (en la cual se incluyen los diferentes tipos de colgajos) (9, 10).

La cicatrización dirigida comprende lavado exhaustivo, resección de tejido acorde a la necesidad y cubrimiento con apósito graso, como nitrofurazolidona. Se debe movilizar tempranamente con ejercicios activos en las articulaciones interfalángicas del dedo o dedos comprometidos. Los injertos de piel pueden ser delgados o gruesos; usualmente se toman de las eminencias tenar o hipotenar. Son poco usados pues la idea del manejo es mantener la mayor sensibilidad posible en la punta o muñón del dedo, lo cual no se consigue adecuadamente con la utilización de injertos. Cuando la lesión se acompaña de amputación, en ocasiones es necesario acortar el dedo y realizar un cierre primario. Usualmente se realiza una resección de 1 mm o 2 mm del segmento distal de la falange distal con pinza gubia y posterior sutura de los colgajos o bien avance de colgajo local, regional o en isla (11, 12, 13, 14).

En la actualidad, un gran porcentaje de los pacientes con lesiones de punta de dedo no son manejados por un cirujano de mano, por lo cual se realiza un estudio descriptivo para demostrar que se requiere un manejo especializado en estos casos, con el fin de obtener recuperaciones funcionales, rápidas y completas.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado entre enero de 2005 y junio de 2009 en el Servicio de Ortopedia y Traumatología de la Clínica CES, de la ciudad de Medellín, por el grupo de cirugía de mano y miembro superior. Se incluyeron en el estudio las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de trauma de mano intervenidos por fracturas de falanges, lesiones de pulpejo y heridas en dedos con o sin compromiso del lecho ungueal, durante el periodo descrito. Se incluyeron los pacientes con lesión de punta de dedo, con seguimiento completo hasta su recuperación y con una valoración de la función al final del seguimiento. Se excluyeron los pacientes que abandonaron el seguimiento.

La recolección de la información se realizó mediante examen de los pacientes y revisión de las historias clínicas,

con énfasis en la evaluación de: tipo de lesión, retorno laboral, procedimiento realizado, complicaciones presentadas y evolución posquirúrgica de la función de la mano.

Debido a que este es un estudio retrospectivo, no se requirió de consentimiento informado por parte de los pacientes, cumpliendo así con lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, que reglamenta las normas técnicas, científicas y administrativas de la investigación en salud en la República de Colombia.

Resultados

Se seleccionaron 86 pacientes con diagnóstico de lesión de punta de dedo, de los cuales 18 (20,9 %) eran mujeres y 68 (79,1 %) eran hombres. La edad promedio fue de 34 años con un rango entre 1 y 74 años.

En cuanto a los tipos de lesión, se encontraron 26 (17,6 %) casos de amputación, 40 (27 %) de lesión de la matriz ungueal, 34 (23 %) de fractura de falange y 48 (32,4 %) de heridas de pulpejo. De estas, 52 (60,5 %) fueron lesiones de tipo laboral, 5 (5,8 %) por accidente de tránsito y 29 (33,7 %) por otro tipo de accidente. Se realizaron 171 intervenciones, entre las que se encuentran 6 amputaciones (3,5 %); 67 colgajos (39,2 %), entre los que se incluyen colgajos tipo V-Y, fasciocutáneo, boca de pescado, entre otros; 38 suturas de matriz (22,2 %); 41 reposiciones de uña (24 %); 13 reducciones de fractura (7,6 %); 1 cicatrización dirigida (0,6 %), y 5 drenajes de hematoma (2,9 %) (figura 3).

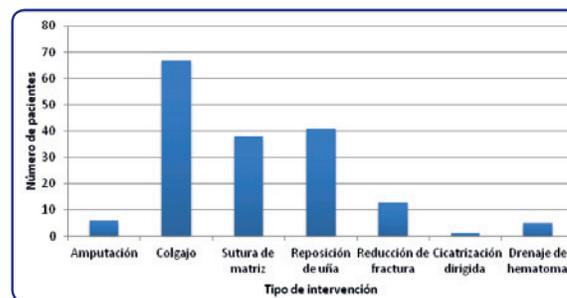


Figura 3. Intervenciones realizadas.

En cuanto a la lateralidad de la lesión, se encontraron 39 (45,4 %) lesiones derechas, 46 (53,5 %) izquierdas y 1 (1,2 %) bilateral.

El seguimiento promedio de estos pacientes fue de 41 días (1-216 días). La función de estos pacientes se encontró restaurada para las actividades de la vida diaria en el 98 % de los casos; solo uno de los 86 pacientes requirió reubicación laboral. El tiempo promedio para el reintegro laboral fue de 30,2 días.

Como complicaciones se encontraron 2 pacientes (2,3 %) con necrosis, uno (1,2 %) que requirió amputación, 3 pacientes (3,5 %) con dolor residual, 2 pacientes con infección (2,3 %) y un paciente con rigidez articular (1,2 %), para un total de complicaciones transitorias del 9,3 %. El 89,5 % de los pacientes (n = 77) no presentaron ningún tipo de complicación.

Discusión

No existen estudios previos en Colombia sobre la epidemiología y el pronóstico de las lesiones de punta de dedo. La extrapolación de información existente en la literatura médica no es aplicable a nuestro medio por la multiplicidad de manejos existentes en el mismo, ya sea por medicina no tradicional o por médicos generales u ortopedistas generales no entrenados en el manejo de estas lesiones —que muchas veces utilizan medidas vernáculas como emplastos, panela y/o sus derivados—. Por lo tanto, no existe una definición clara del manejo en salud pública para este frecuentísimo tipo de lesión en Colombia.

Se estudiaron 86 pacientes con diagnóstico de trauma de mano e intervenidos por fracturas de falanges, lesiones de pulpejo y heridas en dedos con o sin compromiso del lecho ungueal. Se encontró que estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en hombres en edad laboral y que su ocurrencia es frecuente en el medio laboral. El tiempo máximo de incapacidad fue de 41 días. Las lesiones más frecuentes fueron las lesiones del pulpejo y, por lo tanto, la intervención más realizada fue el colgajo, con pocas complicaciones. La complicación más observada fue el dolor residual, similar a lo descrito en la literatura.

Además, se observó que aunque son lesiones que deberían ser tratadas por médicos especialistas con el fin de seleccionar el manejo más adecuado para obtener resultados satisfactorios con mínimas complicaciones, es frecuente que

sean manejadas por personal no entrenado. Se recomienda que las lesiones de punta de dedo sean manejadas por personal especializado.

Igualmente, es importante ampliar el conocimiento tanto de la fisiopatología de las lesiones de punta de dedo como de los tratamientos disponibles para obtener resultados adecuados y minimizar las complicaciones.

Se debe realizar una cohorte prospectiva para poder determinar, sobre todo, el impacto laboral de este tipo de lesiones y el pronóstico de los pacientes, lo cual tendría gran relevancia para la toma de decisiones en salud pública en Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Atasoy E, Loakimidis E, Kasdan ML, Kutz JE, Kleinert HE. Reconstruction of the amputated finger tip with a triangular volar flap. *J Bone Joint Surg* 1970; 52A(5): 921-6.
2. Bojsen-Moller J. Fingertips injuries: late results. *Acta Chir Scand* 1961; 82: 379-80.
3. Borrero F. Traumatología de la mano. Hospital Universitario Samaritana. Bogotá: Gobernación de Cundinamarca; 1996. p. 110-4.
4. Medina CP, Pardo MV. Lesiones de punta de dedo ocasionadas por accidentes de trabajo. *Clínica San Pedro Claver, Seguro Social. Rev Col Or Tra* 2001; 15(1): 39-44.
5. Fassler PR. Fingertip injuries: evaluation and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 1996; 4: 84.
6. Frandseb PA. V-Y plasty as treatment of fingertip amputations. *Acta Orthop Scand* 1978; 49: 255-9.
7. Grad JB, Beasley RW. Fingertip reconstruction. *Hand Clin* 1985; 1(4): 667-76.
8. Merle M, Dautel G, Loda G. Mano traumática. *Urgencias*. Barcelona: Masson, S. A.; 1993.
9. Rosenthal EA. Treatment of fingertip and nailbed injuries. *Orthop Clin North Am* 1983; 14: 675-97.
10. Stevenson TR. Fingertip and nailbed injuries. *Orthop Clin North Am* 1992; 23(1): 149-59.
11. Porter RW. Functional assessment of transplanted skin in volar defects of the digits. A comparison between free grafts and flaps. *J Bone Joint Surg* 1968; 50A: 955-63.
12. Van Beek AL, Kassan MA, Adson MH, Dale V. Management of acute fingernail injuries. *Hand Clin* 1990; 6: 23-5.
13. Verdant CE, Eloff DV. Fingertip injuries. *Surg Clin North Am* 1981; 61: 237-66.
14. Vlastou C, Earle AS, Blanchard JM. A palmar cross-finger flap for coverage of thumb defects. *J Hand Surg* 1985; 10(4): 566-9.