

Reimplante de dedos

A propósito de un caso

Dr. Mario Bounous Benech

Presentación de un caso de reimplante de dos dedos sin microcirugía con éxito. Se efectuán puntualizaciones para la selección de los casos en los cuales debería intentarse este procedimiento.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Fingers / Surgery.

La presentación de este trabajo aporta un caso de amputación de dedos a nivel de su segmento distal resuelto con reimplante de los segmentos amputados.

OBSERVACION CLINICA

Se trata de un obrero (W.G.A.) de 19 años, que mientras trabajaba es tomado en su mano diestra, la derecha, por una guillotina que le produce amputación traumática en segmento distal de primer y segundo dedos.

La línea de sección en el pulgar es prácticamente perpendicular al eje del dedo en el segmento distal pasando en el dorso a unos 5 mm por encima de la base de implantación de la uña. La superficie de sección es nítida, limpia, sin atricción de tejidos e incluye la piel, la matriz ungueal, el tejido celular subcutáneo con el tejido fibroadiposo del pulpejo y la falange distal a nivel de su parte media.

En el índice el fragmento amputado es algo menor, tangencial e incluye la piel, uña, partes blandas y la falange.

El paciente consulta media hora después en el Sanatorio del Banco de Seguros del Estado. Vistas las características de la sección, limpia y neta, solicitamos la obtención de los fragmentos amputados que fueron en segunda instancia enviados del lugar del accidente. Estos, que no se encontraban atriccionados, se sumergieron en espadol diluido durante 2 minutos y lavaron luego profusamente con suero fisiológico. Se reimplantan luego en forma anatómica sobre el lecho de amputación, fijándose con una corona de puntos de sutura de piel separados con seda 4 ceros. Se aseguró la buena hemostasis y la no formación inmediata de un hematoma al soltar el manguito de isquemia. La curación inmovilizó los fragmentos y toda la mano en posición de función, para evitar todo movimiento y traumatismo.

Clínica Quirúrgica "1" (Dr. A. Aguiar). Hospital Pasteur. Montevideo,

El tiempo transcurrido entre la amputación y el reimplante fue de aproximadamente 4 horas.

Se tomó en aquel momento una Rx. simple inmediata, en la que se comprobó la aposición perfecta de las superficies óseas seccionadas.

El paciente permaneció internado.

El tratamiento postoperatorio consistió en la administración de antibióticos por vía oral, reposo y mano elevada. No se emplearon vasodilatadores ni agentes físicos.

Evolución

Al 9º día los fragmentos se conservan viables, excepto pequeña área en el sector cubital del implante, en el índice.

A los 22 días la viabilidad del pulgar está confirmada y se ha delimitado la necrosis en el índice a su sector más distal. Hasta este momento los puntos de sutura se conservaron ya que eran los únicos mecanismos de fijación.

A los 45 días se observa en el pulgar, luego de la caída de la capa córnea de la piel, el color rosado fuerte característico de la piel joven, sin aún adaptación funcional.

En el perfil se ve la uña en vías de eliminación y el crecimiento por debajo de una nueva uña.

A nivel del índice sucede lo mismo con el área viable. En este momento se reinterviene, eliminándose la necrosis y cubriéndose el área con un pequeño trasplante de pulpejo de dedo de pie.

El paciente se reintegra luego a sus tareas habituales, es operario de una fábrica de calzado, adaptándose perfectamente los dedos a su labor. Recupera gran parte de la sensibilidad a ese nivel, no habiendo tenido desde entonces, ningún accidente pese a lo riesgoso de su tarea.

Contamos con una Rx. del pulgar tomada a los 2 años del accidente en la que se muestra la pequeña línea del callo óseo.

Transcurridos 5 años del accidente la evolución fue ampliamente favorable habiéndose adaptado los fragmentos y la piel a las tareas manuales habituales, que son exigentes para sus manos, no habiendo tenido ningún contratiempo.

Comparativamente vistos ambos pulgares no ofrecen diferencias apreciables.

COMENTARIOS

Creemos que en nuestro medio este tipo de intervención ya ha sido realizado, pero no he-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de octubre de 1977.

Residente de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Casilla de Correos 14.071 Dist. 4. Montevideo (Dr. M. Bounous Benech).

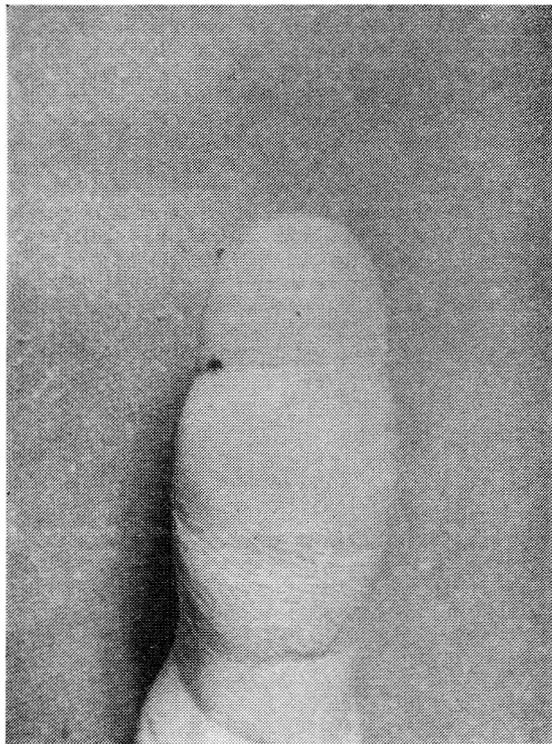


FIG. 1.—Aspecto del pulgar a los 45 días del replante.

mos encontrado publicación al respecto. Incluso en trabajos sobre tratamiento de las lesiones de los dedos a nivel de pulpejos (1), esta posibilidad no se analiza.

Ya William Balfour (2), en 1814 realizó por 2 veces consecutivas este tipo de procedimiento, en una de ellas con 3 dedos en su propio hermano refiriendo resultados favorables.

Douglas (3), refiere un caso en todo similar al que nos ocupa con buena evolución en 1 dedo.

En el servicio de urgencia del Sanatorio del Banco de Seguros dado el volumen de accidentados con heridas de mano, es dable observar que frecuentemente pacientes accidentados concurren con segmentos amputados con la esperanza de que estos le sean reimplantados. La gran mayoría de las veces esto es imposible dadas las características de las lesiones.

Creemos, así como otros autores (2, 3, 4), que este tratamiento debe intentarse toda vez que esté bien indicado, ya que evidentemente ofrece ventajas al cubrir las zonas dañadas con las estructuras propias del lugar, preparadas para los requerimientos funcionales, conservando la longitud de dichos dedos. Máxime si se trata de dedos fundamentales para la pinza digital, pulgar e índice en orden preferencial, como es el caso que nos ocupa en un diestro. La indicación surge si se dan las siguientes circunstancias:

- Paciente joven. Lesión distal a la articulación.
- Tiempo transcurrido desde el accidente (menos de 6 horas).
- Forma de conservación de los fragmentos.
- Nitidez en la superficie de sección.
- Falta de atricción de los tejidos.
- Ausencia de cuerpos extraños en las heridas.
- Necesidad de conservar la función de acuerdo al dedo lesionado.

A ellos Gibson (4), agrega ausencia de espasmo vascular que obviamente parece muy difícil de determinar previamente.

RESUME

Reimplantation de doigts. A propos d'un cas.

Présentation d'un cas de réimplantation de deux doigts, faite avec succès, sans recourir à la microchirurgie. Des précisions sont données pour la sélection des cas dans lesquels l'emploi de cette méthode peut être tenté.

SUMMARY

Finger reimplantation. One case

A patient had two fingers reimplanted successfully without microsurgery. These follow indications for selection of cases in which this procedure should be attempted.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARDAO AR. La reparación de las injurias del pulpejo de los dedos. *An Fac Med.* (Montevideo). 39: 129, 1954.
2. BALFOUR W. *Edinb Med*, 10: 421, 1814. Citado por Gibson (4).
3. DOUGLAS BR. Finger reimplantation. *Plast Reconstr Surg*, 23: 213, 1959.
4. GIBSON T. Hana injurias. *Br J Plast Surg*, 18: 1, 1964.

DISCUSION

DR. MAZZA.— Felicito calurosamente al Dr. Bounous por esta presentación que me parece estupenda y al mismo tiempo para mí personalmente enigmática desde diversos puntos de vista. En primer lugar el doctor Bounous califica con toda sencillez y modestia como replante a este procedimiento pero realmente le faltan todas las características del replante con anastomosis, es decir, para revascularizar el sector distal.

Me gustaría que el Dr. Bounous especificara más claramente por lo menos para los que ignoramos este tipo de proceso y procedimiento por cuanto desde el punto de vista de la patología general lo que cuesta entender es que si bien a nivel de una falange sin movilidad como es esa, basta que quede pegado el

fragmento, lo extraordinario es que ese fragmento se revascularice. No conozco la literatura de esto, pero personalmente, me sorprende enormemente que un fragmento totalmente desconectado del resto del organismo se revascularice, y cuál es el mecanismo por el cual los tejidos siguen vivos por el solo hecho de estar pegados al resto del organismo. Para mí es el gran enigma de esta presentación y es lo que le pregunto al Dr. Bounous.

DR. BOUNOUS.—Omití en la exposición una palabra que debía haber dicho. Este tipo de reimplante fue sin ningún tipo de cirugía directa de revascularización, es decir, sin micro cirugía que por otra parte tengo entendido que a este nivel no tienen ningún asidero.

En cuanto a la bibliografía son casos aislados, quizá enigmáticos de por sí, en los cuales no se puede

saber por qué concretamente se obtienen resultados favorables, pero que incluso se describe no sólo para los dedos. Bajo el título de Injerto libre complejo, se agrupan una serie de reimplantes de este tipo y además de oreja y de nariz, en los cuales el resultado según los autores ha sido favorable.

Por supuesto que esto es un injerto libre complejo, es decir, es algo más que un injerto libre de piel parcial, por ejemplo, para compararlo a algo. Es fácil de entender cómo prende un injerto libre parcial de piel, lo que cuesta creer es por qué tanto tejido se sigue nutriendo del árbol de sección. Eso por supuesto no lo puedo contestar, parecería ser que por mecanismos especiales se revasculariza el tejido distal implantado siempre y cuando las condiciones especiales a las que aludimos en la presentación estén dadas, otra explicación no conozco.