(Clínica del Prof. C. Nario)

FLEGMONES PERISINOVIALES

Emilio ANDREÓN

Con este nombre me permito designar, un tipo especial de flegmón de los dedos y de las manos en los cuales el pus asienta alrededor de la vaina sinovial sin afectarla en los primeros días de su evolución y cuyo aspecto clínico es idéntico al del flegmón sinovial. Relato a continuación 4 casos en que pude observar este flegmón en su estado de pureza, vale decir sin que la vaina ni el tejido celular estuvieran afectados por la supuración.

OBSERVACIÓN I. — En setiembre de 1935, fuí consultado por M. V., uruguaya, de 52 años, por una lesión inflamatoria del pulgar derecho, iniciada 10 días antes, como consecuencia de una herida punzante profunda de la región palmar de la falange proximal. El examen revela la existencia de una tumefacción inflamatoria del pulgar y de parte de la región tenar correspondiente, muy dolorosa, especialmente al nivel de la falange proximal, donde 3 días antes se le practicó una incisión que no dió salida a pus y que no alivió a la enferma. El pulgar se encuentra fleccionado y los movimientos activos o pasivos están imposibilitados por el dolor. La temperatura axilar es de $38^{\circ} \frac{1}{2}$. Como se ve, la enferma que nos ocupa presentaba la sintomatología completa de un flegmón de la vaina sinovial, limitado por una razón no determinada a una parte de la vaina.

Formulado ese diagnóstico procedí a la intervención correspondiente. Anestesia troncular y campo exangüe. Procedo entonces a la profundización y ampliación de la herida operatoria ya existente, cortando tejido celular edematoso. Entre el tejido celular y la vaina fibrosa existe un espacio ocupado por una colección purulenta cuyo límite superior no es claro. La cuidadosa absorción del pus, permite observar la vaina que no tiene líquido en su interior y apreciar los movimientos del tendón flexor, al movilizar el dedo.

Los dolores desaparecieron pronto, pero la supuración persistió durante un mes y medio, terminándose con la necrosis y eliminación de la porción digital de la vaina y del tendón.

OBSERVACIÓN II. — J. A., uruguayo, 45 años. Cuatro días antes de consultarme se produce una herida con una espina de rosal, que afecta superficialmente, la cara palmar de la segunda falange del índice izquierdo. No entro en detalles de semiología; la resumo diciendo que es la del flegmón sinovial de la vaina del índice. En la intervención pudieron comprobarse lesiones análogas a las descritas en la observación I. La evolución no fué mejor, pues si bien el dolor y los fenómenos inflamatorios disminuyeron rápidamente la supuración persistió durante un mes, terminándose a costa de la supresión de los tendones mortificados.

OBSERVACIÓN III. — La lesión anatómica de este caso, es calcada de la lesión descrita al relatar la observación primera. La herida causal, es una simple erosión de la cara palmar de la falange ungüal del pulgar derecho. En este caso no puedo hacer referencia a la evolución, puesto que por circunstancias especiales no pude continuar la observación.

Las observaciones relatadas, me convencieron de la existencia de un tipo de flegmón, que asienta en el espacio que rodea la vaina fibrosa, entre ésta y el tejido celular y cuya sintomatología es igual a la del flegmón sinovial. El hecho de que la evolución de los dos casos que pude seguir, se hiciera hacia la supuración y necrosis de la vaina y de los tendones, me negaba autoridad para aislar ese flegmón como tipo clínico especial.

En el caso de la observación primera, podría argumentarse que la infección de la vaina se hizo lenta y progresivamente debido a su vecindad con el foco supurado perisinovial, como pasa con frecuencia en caso de panadizos subcutáneos mal drenados, puesto que la infección de la vaina carpiana se localizó al segmento digital correspondiente. Pero esta consideración no es suficiente argumento; para tener la absoluta seguridad de la existencia del "flegmón perisinovial", como entidad anatómica y clínica se necesitaba por lo menos un caso que hubiera evolucionado sin afectar la vaina. Ese caso se presentó el 2 de noviembre de 1937.

OBSERVACIÓN IV. — C. B. de M., 55 años, uruguayo. El 7 de noviembre, 4 días antes de consultarme, al lavar un piso, se produce una escoriación en la cara palmar de la falange ungüal del pulgar derecho. Al día siguiente tiene dolor, fiebre y tumefacción inflamatoria, que asciende rápidamente desde el dedo a la muñeca. El examen local y general, me permite comprobar todos los síntomas y signos de un perfecto flegmón de la vaina carpiana. El dedo, la región tenar y la muñeca en su lado radial, están enrojecidas. El dolor extremo, impide todo movimiento al dedo semiflexionado. El estado general es muy malo: facies de profunda intoxicación; pulso rápido, temperatura axilar 39° ½.

De no haber influido en mi ánimo las observaciones anteriores, no habría tenido reparos en abrir la vaina, puesto que el diagnóstico de flegmón sinovial era aparentemente muy claro.

Bajo anestesia general y con campo exangüe, procedí a abrir cuidadosa-

mente el tejido celular de la falange proximal, encontrando lesiones análogas a las anotadas en los casos anteriores, vale decir; edema del tejido celular y de la vaina y entre esos 2 planos una cavidad ocupada por serosidad purulenta. Procedí entonces a examinar el fondo de saco de la vaina, lo que no me fué posible, porque la enferma hizo un grave accidente anestésico que obligó la suspensión de la intervención. Drenado de la cavidad supurada.

La evolución fué muy buena; la fiebre y el dolor desaparecen rápidamente y los movimientos del pulgar se hacen posibles. A los 21 días de la intervención la cicatrización ha terminado y la funcionalidad de la mano y del dedo son normales. Posteriormente he visto a la enferma con su mano normal. En este caso pues, la intervención precoz y correcta de una supuración perisinovial evitó la supuración sinovial.

Consideraciones. — 1º Los casos que presento, permiten aislar un tipo anatómico y clínico especial de flegmón de los dedos y de las manos, que designo con el nombre de flegmón perisinovial. Anatómicamente se individualiza por su localización alrededor de la vaina sinovial que es disecada; clínicamente se presenta con los mismos síntomas que el flegmón sinovial.

2º Su evolución se hace rápidamente hacia la infección de la vaina; tal es lo que permiten pensar los casos 1 y 2. Si el tratamiento se aplica precozmente, la infección de la vaina puede evitarse; eso lo demuestra el caso 4.

3º La infección llega al espacio perisinovial directamente o por vía indirecta. En el caso I, el alfiler causante de la herida, se introdujo profundamente, lo que hace pensar que haya arrasado hasta el espacio, los agentes de la infección. En los casos II, III y IV, el flegmón apareció luego de erosiones de la cara palmar de la falange ungüeal. En estos casos es lógico pensar que la infección haya seguido la vía linfática.

4º El hecho de que la abertura precoz de estos flegmones pueda evitar el flegmón sinovial, como pasó en el caso 4, deja comprender la importancia de los hechos que expongo, tanto más cuanto que posiblemente esta forma de infección es frecuente. En efecto hay hechos que permiten pensar en ese sentido. Con frecuencia al abrir un flegmón sinovial de un dedo consecutivo a una herida superficial, el cirujano encuentra pus dentro de la

vaina y pus alrededor de la vaina, entre ésta y el tejido celular. El cirujano concluye que se ha producido la rotura de la vaina, olvidando que esta rotura de producirse se hace habitualmente sobre el fondo de la vaina, dando origen a un flegmón de la palma de la mano.

-- A la luz de los casos que presento me parece lógico pensar que la supuración perisinovial, en estos casos, procedió en el tiempo, a la intrasinovial.

La intervención precoz habría evitado, no la rotura de la vaina, sino lo que es mucho más importante, la supuración de la misma.