

TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS INTERFALANGIANAS DEL PULGAR

Emilio ANDREON

Relator Prof. Clivio V. Nario

El pulgar se encuentra particularmente expuesto a las heridas articulares, porque en el momento en que la mano hace la prehensión, expone la cara articular dorsal, menos protegida que la palmar, y por consiguiente, más fácilmente vulnerable a los agentes cortantes o punzantes movidos por la mano opuesta. Tal es lo que vemos frecuentemente en la práctica; una herida de articulación interfalangiana del pulgar izquierdo, producida por un cuchillo o una tijera manejada por la mano derecha. La herida articular palmar producida en las mismas condiciones, es mucho más rara, debido a que, por ese lado la articulación está protegida por el objeto a cortar y por una gruesa capa de tejidos resistentes. En general, estas heridas articulares supuran, evolucionando hacia la osteo - artritis, complicación temible, pues su presencia significa con demasiada frecuencia la pérdida del pulgar cuyo valor funcional, es como se sabe, extraordinario. Por esta razón el cirujano debe en estos casos esforzarse en aplicar un tratamiento conservador y precoz.

Conducta a seguir en estos casos. — Iselin en su libro sobre infecciones de la mano, aconseja proceder de la siguiente manera:

En un primer tiempo operatorio, el cirujano abre la articulación, practicando dos incisiones dorso - laterales, reclina el tendón extensor que respeta y reseca la cabeza de la falange proximal. Hecho esto, rodea la articulación, con bálsamo del Perú, e inmoviliza durante un mes, por medio de un aparato de yeso; el mal olor que desprende la curación empapada de pus y serosidad, puede determinar su cambio antes del tiempo fijado. Al cabo de un mes de espera el cirujano suprime el yeso, encontrando casi

siempre la herida cicatrizada, pero la mano y el dedo con edemas y rigideces que obligan a un tratamiento físico - terapéutico complementario.

La curación se obtiene a costa de una anquilosis articular; a veces sin embargo se forma una pseudo - artrosis, lo que permite la realización de pequeños movimientos articulares.

Por el hecho de no tener experiencia en esta terapéutica, he reproducido casi textualmente las expresiones de Iselin. He tenido sin embargo, la oportunidad de observar un enfermo tratado por el Dr. Nicolás Cetta, en la forma aconsejada por Iselin. En ese caso fué necesario cambiar el yeso a los 12 días, obligado a ello, por el mal olor que despedía; al sacarlo definitivamente al mes pude comprobar que las heridas no estaban aún totalmente cicatrizadas existiendo además edemas y dolor a los movimientos y a la presión. Al mes y medio de operado el enfermo pudo reintegrarse a sus ocupaciones.

La observación del post - operatorio del enfermo del Dr. Cetta me permitió comprender, que la complejidad de esa manera de proceder, derivaba del afán de conservar el tendón del extensor, cuya función en un pulgar, con articulación interfalangiana anquilosada o con movimientos muy limitados es prácticamente nula. De ahí que haya resuelto seccionarlo a la primera oportunidad, ideando el tratamiento que describo a continuación, aplicado ya en 4 casos con resultados muy satisfactorios.

El tiempo operatorio consiste simplemente, en incidir todos los planos dorso - laterales de la articulación desde la piel a la sinovial inclusive, luego de haber anestesiado la raíz del dedo y asegurado la hemostasia del campo operatorio por medio de una banda elástica. La sección del tendón extensor tiene como consecuencia inmediata, la separación de las superficies articulares y la puesta espontánea del dedo en posición de función. En caso de que la artritis no mejorara inmediatamente después de esta amplia artrotomía, se puede sin dificultad de ninguna especie, resecañ la cabeza de la falange proximal, que se ofrece al bisturí. En ninguno de los casos que he tratado tuve necesidad de poner en práctica esto, que viene a ser la segunda parte del tiempo operatorio.

Intervenido el enfermo en la forma indicada, dejo la herida expuesta al aire de acuerdo a mi manera de proceder en las infec-

ciones de la mano, indicando la movilización de la articulación enferma lo cual se cumple con relativa facilidad gracias a la rápida sedación de los dolores.

Durante las horas del sueño en que el dedo puede ser inconscientemente traumatizado, lo inmovilizo en una atela metálica en posición de función. Como puede apreciarse, la realización del tratamiento que preconizo, es de una práctica tan simple, como la incisión de un panadizo subcutáneo.

Los resultados de esta práctica, fluyen de las cuatro observaciones que detallo más adelante.

El dolor desaparece inmediatamente con la separación de las superficies articulares; esto pudo observarse en los casos 2, 3 y 4. En el primer enfermo tratado, el dolor en el fondo de saco sinovial palmar se mantuvo durante 4 ó 5 días, debido a que el drenado era insuficiente; como era la primera vez que aplicaba el procedimiento, procedí con timidez haciendo una incisión excesivamente económica.

El tiempo de curación de la artritis es sorprendentemente rápido. Esto pudo observarse bien en los casos I y 4 por tratarse de artritis sin lesión asociada. El enfermo correspondiente al caso I a pesar de haber sido insuficientemente incindido, pudo reintegrarse a sus ocupaciones 8 días después de la operación; a los 20 días la piel estaba completamente cicatrizada. En el caso 4, a pesar de que la incisión se practicó 32 días después de producida la herida articular, en un momento en que existían crepitación, laxitud articular muy marcada y lesiones cartilaginosas visibles radiográficamente, la articulación estaba cerrada al 7º día, y la herida operatoria completamente cicatrizada al 15º día. Esta enferma inició sus tareas habituales, 6 días después de la operación. En el 3er. caso que describo, el tiempo de curación fué más largo debido a que el agente traumático, al mismo tiempo que abrió la articulación, lesionó la extremidad anterior del tendón que tardó mucho en eliminarse. El enfermo empezó a trabajar 20 días después de la incisión y fué dado de alta curado al mes. Al caso descrito en segundo término, le corresponde un tiempo de curación post-operatorio de 35 días, debido a que el enfermo presentaba un panadizo subcutáneo, una tenosinovitis que terminó con la eliminación del tendón, y una osteo-artritis perfectamente comprobable a la radiografía.

Resumiendo: a) El procedimiento que presento es de ejecución extremadamente simple, pudiendo ser utilizado por los médicos generales en el ambiente de consultorio. Esto tiene particular interés para el médico que actúa alejado de los centros de cirugía, cuyos enfermos no aceptan ser trasladados a grandes distancias, para someterse precozmente al tratamiento de una lesión a la cual no le han dado la importancia que realmente tiene. El resultado de esa demora es siempre una osteo - artritis seguida de la pérdida del dedo.

b) El post - operatorio inmediato es excelente, debiendo el enfermo mantenerse alejado de sus ocupaciones habituales durante un tiempo mucho más breve que cuando es sometido al tratamiento clásico. El dolor desaparece casi inmediatamente después de la artrotomía, lo que permite la movilización precoz de la articulación enferma, lo que asegura un buen drenaje y evita la anquilosis y las rigideces post - operatorias.

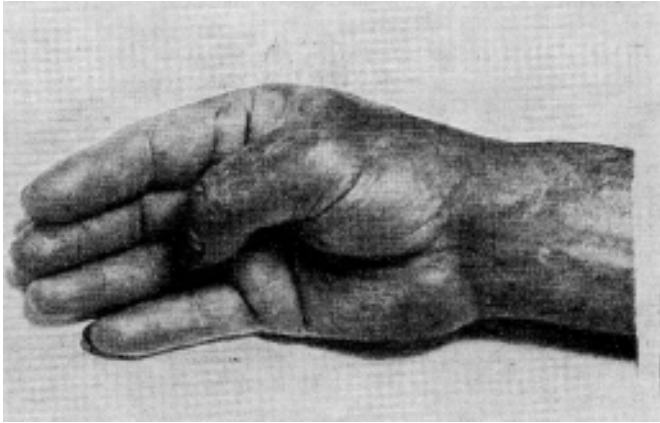
c) El resultado funcional es bueno; los movimientos articulares si bien limitados se conservan en general. A primera vista parecería que este movimiento no tiene importancia desde que el tendón extensor ha sido seccionado, pero no es así. En efecto: la extensión se hace en parte por la elasticidad de los tejidos cicatrizales dorso - articulares y la flexión, por el tendón correspondiente que ha permanecido intacto, determinándose así, movimientos articulares muy beneficiosos a la función del pulgar. La extensión de la falange proximal sobre el metacarpo es normal. La extensión de la falange distal sobre la proximal ya hice notar, no es completa, pero se trata de un movimiento que solamente tiene valor en casos muy especiales. La flexión y oposición del pulgar son normales.

d) Este procedimiento puede ser aplicado en todos los casos en que por cualquier motivo (estético, más rara vez profesional) no haya necesidad de intentar la conservación de la extensión de la segunda falange sobre la primera. Recuerdo que esto tampoco se consigue siempre cuando se reseca la cabeza de la falange respetando el extensor.

Descripción de los casos en que apliqué este procedimiento

PRIMER CASO. — Enero de 1933. J. C., 25 años, uruguayo, soltero, profesión guarda de ómnibus. Herida dorso-lateral izquierda, producida por un cuchillo. A los 3 días de producida la herida me consulta por intensos dolores al nivel de la articulación. El examen revela inflamación marcada al nivel de la articulación cuyos movimientos provocados son imposibles por el dolor que determinan. Al levantar la costra que se ha formado al nivel de la herida sale líquido sinovial turbio, lo cual alivia momentáneamente al enfermo. Los baños antisépticos y la vacunación antiptiógena no impiden la evolución de la artritis hacia la supuración franca, que trato quirúrgicamente en la forma antes indicada. El dolor se alivia inmediatamente, pero, en el fondo de saco palmar no desaparece hasta 4 ó 5 días después. A los 8 días el enfermo se reintegra a su trabajo. A los 20 días de la incisión lo doy de alta con la herida cicatrizada.

SEGUNDO CASO. — Diciembre de 1936. L. T., italiano, 64 años, casado, carpintero. El 7 de diciembre de 1936, se produce una herida punzante en el



OBSERV. Nº 2. — Fotografía tomada 35 días después de la incisión.
El dedo está curado.

dedo pulgar izquierdo, a la altura de la articulación interfalangeana. La herida se inflama y supura por cuya razón consulta por primera vez médico el 13 de diciembre; el médico diagnostica panadizo subcutáneo y tenosinovitis dorsal que incinde y drena sin conseguir con eso calmar los dolores que acusa. Lo veo dos días después, comprobando dolor neto al nivel de la inter-



OBSERV. N° 3.— Fotografía tomada 25 días después de la incisión. Obsérvese además de la correcta posición, la falta absoluta de lesiones de la piel y de atrofia muscular, lo cual es debido a que dejó la mano expuesta al aire con absoluta libertad de movimientos desde el momento de la incisión.



OBSERV. N° 4. — Estado del dedo 20 días después de la incisión. La falange ungueal se mantiene flexionada sobre la segunda.

línea articular, laxitud y crujidos articulares. La radiografía muestra la existencia de lesiones articulares y óseas. Procedo a tratarla de acuerdo al procedimiento antes descrito obteniendo una curación completa el 21 de enero de 1937, fecha del alta. En este caso los dolores articulares desaparecieron con la artrotomía, pero el tiempo de curación definitivo se prolongó debido a la importancia de las lesiones asociadas.

TERCER CASO. — Febrero de 1938. L. B., húngaro, 44 años, casado. El 10 de febrero, se produce con un vidrio, una herida cortante en la parte dorso-lateral de la articulación interfalangiana de pulgar derecho, que abre la sinovial articular. El 26 de febrero lo incindo comprobando pus en la articulación y necrosis del tendón en su punto de inserción, debido a que había sido alcanzado por el agente traumático. El dolor desaparece inmediatamente haciendo posibles los movimientos pasivos. El tendón necrosado tarda en eliminarse lo que prolonga el tiempo de curación, a pesar de lo cual, el enfermo se reintegra al trabajo 20 días después de la incisión, terminando la cicatrización al mes. En ese momento los movimientos articulares eran posibles.

CUARTO CASO. — Enero de 1937. J. N., 30 años. Soltera. Labores. Domicilio. El 24 de diciembre de 1936, se produce una herida punzante que afectó la segunda articulación interfalangiana del dedo anular izquierdo. El 26 de enero de 1937, a los 33 días de producida la herida, me consulta, porque a pesar de habersele practicado anteriormente una incisión del tejido celular, padece de intensos dolores que le impiden conciliar el sueño. El examen revela la existencia de una herida articular por la cual sale pus franco, de una gran laxitud articular y los movimientos sumamente dolorosos determinan crujidos evidentes. La radiografía practicada permite ver la existencia de lesiones en el cartilago. Por las razones anotadas consideré esa articulación prácticamente perdida resolviéndome a título de prueba a aplicar el mismo procedimiento utilizado ya en artritis del pulgar. El dolor desapareció enseguida de la incisión; a los 7 días la articulación está cerrada; a los 15 días doy de alta a la enferma con la piel cicatrizada. He citado este caso a pesar de no ser una artritis del pulgar, porque aparte de demostrar el valor curativo del procedimiento, hace pensar que en determinados casos puede ser aplicado a las artritis de los demás dedos.

Prof. Clivio V. Nario. — INFORME. — El trabajo del Dr. Andreón plantea y resuelve, a mi juicio en forma simplificada, un problema de alto interés práctico.

La artritis interfalángica del pulgar, es de gran frecuencia. A poco que se consulte con alguna detención, las opiniones de los que se han dedicado a su estudio y tratamiento se puede comprobar que las afirmaciones y consejos están lejos de ser satisfactorios.

En las policlínicas las artritis que nos ocupan son a menudo la "bete noire". Las exposiciones articulares no son diagnosticadas a tiempo o llegan con atraso al médico; y su evolución con complicaciones extensivas óseas o palmares, obligan a dedicarle una atención preferente y no siempre eficaz.

La multiplicidad de tratamientos, muestran bien que el problema tiene sus dificultades. Como lo hace notar muy bien el Dr. Andreón, en su breve y clara exposición; se llega a aconsejar sistemáticamente la resección de la cabeza de la falange proximal, con inmovilización prolongada como tratamiento de elección. No se puede discutir que en ciertos casos, no pueda hacerse otra cosa que este plan complejo y aleatorio en cuanto a los resultados ortopédicos.

Pero los casos presentados por el Dr. Andreón permiten apreciar como es posible con un mínimum de tratamiento, conseguir en un mínimum de tiempo, y con un mínimum de déficit funcional, resultados que son a mi juicio muy buenos.

El fundamento del método aconsejado tiene de original un cambio de frente referente al problema planteado por la presencia del tendón extensor que recubre el plano articular infectado.

En cuanto a las ventajas no se discuten: separación inmediata de las superficies articulares; posición automática de reposo y aberturas; posición definitiva en situación *de función*; posibilidad de realizar una resección ulterior si la primer etapa del tratamiento no es suficiente.

Los inconvenientes son mínimos: 1) porque la posición definitiva de la falangeta en flexión es la más favorable para el pulgar. 2) porque la función de extensión del segmento final del pulgar es más compleja de lo que a primera vista parece e intervienen en ella otros elementos además del simple tendón, elementos que son más respetados con la incisión transversal que con las longitudinales bilaterales; 3) porque la pérdida de la extensión es constante en los tratamientos con resección, con desviaciones secundarias, muy incómodas cuando se fijan en anquilosis; 4) porque los resultados son excelentes.

La documentación presentada aun cuando no es muy numerosa es muy demostrativa y defiende el procedimiento mucho mejor que las consideraciones que nos ha inspirado el sensato trabajo del Dr. Andreón. Convendría que el método se genera-

lizara a fin de poder juzgar con mayor acopio de casos las posibilidades que él ofrece.

Señores miembros: yo propongo la publicación *in extenso* de la Comunicación del Dr. Andreón en nuestros boletines. Los médicos prácticos encontrarán en ella un procedimiento de alto rendimiento en la práctica diaria a la vez que podrán pronunciarse sobre su eficacia definitiva.

Dr. Bado. — El método preconizado por el Dr. Andreón para el tratamiento de las artritis agudas supuradas de la articulación falango - falangiana del pulgar, aplicado por él con resultados tan brillantes, puede considerarse como la aplicación particular del procedimiento general, bien conocido, de drenaje articular por la desarticulación temporaria y usado por nosotros en algunos casos de artritis aguda supurada de rodilla y cuello de pie.

La situación topográfica y la configuración anatómica de la articulación interfalángica del pulgar se presta muy bien a su aplicación y los resultados que nos presenta el Dr. Andreón, son una prueba elocuente de ello.

En lo sucesivo, en los casos que seamos llamados a actuar utilizaremos este procedimiento con mucho gusto y tendremos oportunidad de comprobar personalmente sus buenos resultados.

Dr. Stajano. — Felicito al Dr. Andreón por su excelente comunicación del tratamiento simplificado de las artritis agudas interfalángicas del pulgar. Se ve que el autor sigue en este punto particular las mismas directivas generales que guían su método personal del tratamiento de las heridas de las manos en general del cual nos hizo días pasados una clara exposición en la Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital Pasteur y cuyos resultados he podido comprobar de excelentes en la policlínica de mi servicio donde desde hace años se aplica.

Yo no sé si el Dr. Andreón ha presentado este método a la Sociedad de Cirugía; si así no fuera sería interesante que lo hiciera ya que es una verdadera adquisición en el tan debatido tema del tratamiento de las heridas de las manos.

Drs. E. Lamas y Vázquez Rolfi. — Felicitan al autor y se adhieren a todas las conclusiones a que él llega.

Dr. Andreón. — Agradezco a todos las amables palabras con que ha sido recibida mi comunicación y prometo, contestando en particular al Dr. Stajano, traer al seno de esta Sociedad los resultados obtenidos con mi manera de actuar en las heridas de las manos, ya que las directivas generales del procedimiento son por muchos conocidas por haber sido publicadas hace años en el “Estudiante Libre” y en el “Día Médico Uruguayo”.

