

## LA CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA ANTERIOR EN LAS RIGIDECES DE LOS DEDOS

Dr. Carlos Ferratti

Nos proponemos mostrar la técnica y los resultados de un recurso quirúrgico utilizable en las rigideces de origen capsular en los dedos de la mano consecutivos a múltiples procesos del miembro superior y especialmente de la mano. La rigidez en flexión de los dedos, acompaña a menudo a la retracción palmar de la cápsula de las articulaciones interfalángicas y a la supresión del espacio periarticular anterior. Si la actitud viciosa coexiste con la retracción de la cápsula y con la esclerosis del espacio periarticular la corrección de la actitud deberá hacerse suprimiendo la retracción de la cápsula y restituyendo el espacio de deslizamiento.

Se constituye la lesión anatómica por variadas *circunstancias etiológicas*, a las cuales pasaremos revista.

En primer lugar la Inmovilización Provocada por vendaje o yeso con los dedos en semiflexión si se prolonga durante varias semanas: tratamientos de fracturas de las falanges, heridas de los dedos, quemaduras, procesos inflamatorios, flemonosos, de mano, puño o antebrazo. En las inmovilizaciones espontáneas que provocan procesos patológicos retráctiles de piel y subcutáneo: cicatrices palmares, quemaduras, radionecrosis, enfermedad de Dupuytren, flemones de las vainas tendinosas de los flexores; secciones de los tendones extensores. También en las antiguas secciones del nervio cubital por encima del puño, que trae apare-

jada una parálisis de los músculos ácesorios de la extensión (lumbricales e interóseos) en 4º y 5º dedo. Por último en afecciones crónicas osteoarticulares interfalángicas (fracturas, luxaciones, artritis, artrosis, etc.).

El *mecanismo fisiopatológico* por el cual estos procesos, generalmente independientes de la articulación, llegan a producir en ella lesiones irreversibles, es variable.

En las quemaduras extensas de mano y dedos, los espacios



Fig. 1. — Esquema del recorrido del bisturí dentro de la 1ª articulación interfalángica.

celulosos se infiltran de un edema fibrinoso que muy pronto, al cabo de 10 ó 15 días, comienza a organizarse.

En otros casos donde no hay edema inflamatorio, la inmovilización (terapéutica o patológica) por más de 3 ó 4 semanas, conduce al mismo estado.

Los espacios celulosos están constituidos por tejido conjuntivo laxo y son el fruto de una función. El movimiento es quien los crea y los mantiene y la inmovilidad los hace desaparecer. En esto se cumple una ley biológica general del tejido conjuntivo.

*La anatomía patológica* de la lesión es siempre la misma.

Espesamiento fibroso de la cápsula articular retraída y del



Fig. 2. — Resultado  
La mano y los dedos  
extendidos.

espacio de deslizamiento para-articular anterior predominando en la primera articulación interfalángica.

*Clinicamente* los enfermos se presentan con una impotencia funcional cuya importancia varía según el oficio manual que desempeñan. La invalidez agrava la lesión y la acentúa a medida que pasa el tiempo.

*Tratamiento.* — Frente a cualquier lesión de la mano y de los dedos hay que pensar en la instalación de esta invalidez y prevenirla estimulando el movimiento. En los casos de inmovilización terapéutica recordar que el ideal es que los dedos no queden más de una semana en esa situación, indicándose la movilización pasiva y activa en cuanto sea posible. En las quemaduras se agregó a esto el vendaje compresivo que debe ser vigilado por



Fig. 3. — Resultado. La mano y los dedos flexionados.

personal de experiencia y como en toda lesión de mano debe mantenerse la posición elevada del miembro para facilitar la circulación de retorno y la reabsorción de los edemas.

En las lesiones del nervio cubital y de los tendones extensores es fundamental hacer la reparación antes del 2º mes manteniendo en tanto el juego articular, estado de nutrición y circu-

latorio de los tejidos mediante el masaje, movimientos activos y pasivos, horno, etc.

El tratamiento debe ser dirigido a la reparación de la lesión primitiva, y en caso necesario se agregará en el mismo acto operatorio o en otro ulterior, la corrección de la deformidad, actuando sobre el aparato articular. Este tiempo consiste en la sección de la cápsula en su parte anterior, hasta hacer posible la extensión completa.

A menudo basta con la capsulotomía de la 1ª articulación interfalángica. La sección de los ligamentos laterales y la parte anterior de la cápsula es sencilla y se realiza a través de una pequeña incisión longitudinal de 2 cms. en la cara lateral del dedo que permite entrar en la articulación con una hoja de bisturí apropiada.

La *técnica* que empleamos es la siguiente: 1º) Anemia por brazaletes. 2º) Anestesia local. 3º) Incisión lateral de 2 cms. frente a la articulación, pasando por detrás del paquete vásculo-nervioso colateral palmar. 4º) Hallado el resalto de la interlínea, cambia 90º la posición de la hoja y se penetra en la articulación con el filo hacia la palma. 5º) Con la yema del dedo índice izq. el cirujano controla que la extremidad de la hoja atraviesa de un lado al otro, toda la articulación. Entonces avanza el filo hacia la palma y corta los  $\frac{3}{4}$  anteriores de la cápsula incluyendo los ligamentos laterales. 6º) Al tomar contacto con el reborde anterior de la epífisis de la falange distal cambia bruscamente 90º la dirección de la hoja y se dirige hacia la extremidad del dedo. 7º) Luego se desliza hacia la extremidad distal del dedo 1  $\frac{1}{2}$  ó 2 cms., entre la cara anterior de la falange y el tendón flexor, cuya vaina sinovial no debe ser abierta. Para ello la hoja debe contactar permanentemente contra la superficie ósea. Ilustramos la técnica con algunos esquemas y mostramos el resultado de uno de los casos tratados. Corresponde a una quemadura en la etapa cicatrizal del dorso de mano y de los dedos. Se practicó la intervención en el 5º dedo.

---

SEÑOR PRESIDENTE. — El numeral 10º de la orden del día, es un film que ha traído el doctor Tálíce de París, y va a ser proyectado esta

noche en la Agrupación Universitaria adonde se ha llevado ya el proyector. Se pasará ese film conjuntamente con otros, uno francés sobre la fagocitosis, de una duración de unos 10 minutos; otro film checoslovaco sobre el crecimiento del pan, una película de unos 15 minutos, y el tercero, un film inglés sobre el DDT en la guerra.

Queda abierta la discusión sobre el tema del relato y sobre las contribuciones presentadas.

## LA CORTISONA Y LA CICATRIZ

Dr. Fernando Herrera Ramos

Voy a hablar en un Congreso de Cirugía, yo que hago medicina; pero en el curso de la vida, los accidentes de la medicina me han puesto en contacto con algunos problemas, que a juicio del profesor Chifflet interesan mucho al cirujano; así es que él es el culpable de que yo esté aquí ocupando un puesto que no me corresponde.

Además, dada la hora, y el tiempo que hace que se está trabajando, pienso que lo mejor es hacer un resumen un poco apretado de los hechos más importantes que se pueden deducir de la experiencia realizada hasta el momento en este sentido.

Mi intención era traerle a ustedes el resultado de un trabajo experimental que estamos realizando en ratas y en conejos en el Instituto de Patología, con referencia a la evolución de las heridas; pero en la experimentación el tiempo va siempre más allá de lo que uno calcula, y no nos ha dado para poder presentar nuestras conclusiones a ustedes.

Los hechos que vamos a exponer son simplemente los siguientes: W. y K., en el año 1940, al hacer las primeras experiencias con la cortisona, que K. había obtenido en esa época y que la utilizó actuando en la Mayo Clinic, demostró que la cicatrización de las heridas estaba enlentecida por la presencia de cortisona, y que en el animal la cortisona disminuía la velocidad de cicatrización y aún la anulaba mientras estaba influenciando la cortisona.

Más adelante, algunos otros autores comprobaron el mismo