

# LAS HERIDAS DE LOS COLATERALES PALMARES DE LOS DEDOS

Dr. ALBERTO RUBEN ARDAO

La atención de las heridas de los colaterales palmares de los dedos importa grandemente en el tratamiento de las heridas de las manos. Es frecuente que pasen desapercibidas en el primer examen y en la consideración del tratamiento frente a la importancia objetiva de las lesiones cutáneas, tendinosas u ósteo-articulares. El problema es particularmente importante en el accidente de trabajo por las consecuencias médico-legales que ocasiona.

Si bien en algunos casos la pérdida de la sensibilidad constituye la causal principal en la evaluación de la incapacidad del obrero especializado, el trastorno común y grave lo constituye el neuroma doloroso adherente a la cicatriz,

Varias situaciones pueden presentarse, que vamos a considerar escuetamente dada la brevedad del tiempo disponible.

1º) *Herida simple con sección de un colateral.*— En la sensibilidad palmar de los dedos la sección de un colateral no aporta consecuencias importantes. Al cabo de un tiempo —6 a 12 meses— se produce una sustitución del territorio desnervado por el colateral opuesto. En las heridas simples de la base de un dedo con sección de un colateral que ha cicatrizado sin ocasionar neuroma doloroso, se puede esperar la recuperación sobre la base de este proceso. Cuando el territorio cutáneo carente de sensibilidad ocasiona molestias o invalidez o bien dolores por el neuroma, está indicado hacer la sutura. No vamos a entrar a considerar el problema doctrinario de qué es mejor, si la sutura pri-

maria o la secundaria, pero sí vamos a decir que, desde el punto de vista técnico, es más fácil hacer correctamente la reparación secundaria. El resultado de la sutura secundaria de un colateral siempre es bueno porque la confusión axonal prácticamente no existe debido a que el nervio es totalmente sensitivo; con pocos axones que rehabiliten el cabo distal el éxito está asegurado. Si al cabo de un tiempo la sección del colateral no suturado fuera un problema, se puede hacer la sutura del mismo hasta un año o dos después de la sección. Este plazo es demasiado largo para una herida nerviosa en el puño o en el antebrazo debido a que a esta altura el nervio es mixto y en ese ínterin se producen en la mano atrofas musculares y rigideces irreparables, pero en el caso del colateral no porque este nervio es sólo sensitivo y su recuperación es más fácil.

La técnica de la sutura es la técnica general de las suturas nerviosas; aunque el nervio parece muy fino se le pueden hacer cuatro, cinco o seis puntos de seda siete ceros o de cabello humano en su vaina.

2º) *Herida simple con seccion de los dos colaterales.*— El problema es más importante. A la sección de los nervios generalmente se asocian sección tendinosa o lesión ósteoarticular o ambas. En estos casos de lesiones complejas el primer problema a considerar es el nervioso porque de nada vale reparar esas lesiones asociadas en un dedo cuyo pulpejo está definitivamente desnervado.

El tratamiento de la sección nerviosa y tendinosa se puede hacer en un mismo acto quirúrgico pudiendo bastar con la sutura de uno solo de los colaterales de acuerdo a lo dicho en el numeral 1º. Lo que no hay que hacer es la reparación tendinosa habiendo despreciado o ignorado la sección de los colaterales.

3º) *Dstrucción de segmentos de nervios colaterales en traumatismos con aplastamiento o arrancamiento.*— Si no es factible la reparación del nervio en estos casos de grandes accidentes como los provocados por amasadora, trompos de carpintería, etcétera, más vale resolverse de entrada por la amputación: la desnervación es el factor dominante en la indicación de amputar. Pero aun en estos casos de amputación la consideración de los colaterales es tan importante como la de los colgajos cutáneos.

Al hacer la amputación los colaterales deben ser seccionados en la base del colgajo, según la técnica en cuyos detalles entraremos más adelante.

En estos casos de pérdida de un segmento de colateral la reparación puede ser hecha por trasposición de un colateral de un dedo vecino o por injerto de nervio. El injerto, en general, se ve acompañado de éxito dado que el nervio es todo sensitivo. Hay que hacer notar que la sutura del colateral, aun con cierta pérdida del mismo, no es problema mayor porque en los dedos es donde más rendimiento da uno de los varios recursos de que se vale el cirujano para lograr el acercamiento de los cabos para la sutura, es decir, la flexión de las articulaciones vecinas, que en los dedos permiten el acercamiento de los cabos aun cuando ellos estén bastante separados; al mismo tiempo el dedo queda en posición de función para la inmovilización subsiguiente que es la de semiflexión de todas sus articulaciones, posición que es la de máxima distensión cápsuloligamentosa articular interdigital.

4º) *Conducta con los colaterales en la amputación de un dedo.*— Al realizar la amputación de un dedo lo más importante es independizar la cicatriz cutánea de la cicatriz de los colaterales palmares. De no tenerse ese cuidado, y otros que veremos, el enfermo cae al poco tiempo en la situación considerada en el numeral 5º, es decir, en el neuroma doloroso del muñón. Para evitarlo, al realizar toda amputación de dedo, deben buscarse y aislarse los colaterales en el colgajo palmar y luego tratarlos como se verá en seguida.

5º) *Neuroma doloroso de amputación de los colaterales palmares.*— Este capítulo del neuroma doloroso del muñón de amputación digital tiene una importancia muy grande por el número de obreros que padecen de esta lesión y porque a menudo son sometidos a terapéuticas que no logran la curación del proceso hasta que se llega a la reamputación con tratamiento quirúrgico correcto de los colaterales y sus neuromas.

Cuando se secciona un colateral, como cualquier otro nervio, se produce ya al cabo de tres o cuatro semanas la proliferación axonal en forma de un brote claviforme en el cabo proximal del nervio. Al principio es sensible a la presión y corresponde al período de tumefacción rojiza del muñón. Luego de un mes

y medio o dos meses el muñón se vuelve cianótico, con piel lisa y extremadamente doloroso al menor contacto, llegándose a esta situación paradójica de que produce una invalidez mayor que la pérdida de todo el dedo; esa invalidez se extiende a toda la mano que el enfermo rehuye usar por el dolor no ya para el trabajo, sino aun para los pequeños actos de su vida personal como vestirse, comer, etc. Sus consecuencias son las rigideces de las articulaciones de los dedos que son muy sensibles a la inmovilidad, sobre todo en enfermos de edad por encima de los 40 años. Se crea así por la inmovilización una lesión más difícil de tratar que la lesión primitiva. A veces el enfermo, al extender el muñón, experimenta un intenso dolor en él que se irradia a lo largo del colateral hacia la raíz del dedo y a la mano.

Lamentablemente en este período se pierde el tiempo con tratamientos a base de fisioterapia, balneación, novocainización en la base del dedo, vitamina B, etc., y cuando el dolor se irradia hacia abajo a lo largo del miembro, la anestesia del ganglio estelar y aun simpaticectomía. Es necesario insistir en que no hay que perder el tiempo con esos tratamientos y proceder a la reamputación precoz y al tratamiento correcto de los colaterales.

*Técnica:* Se practican dos incisiones laterales en el muñón, una interna y otra externa ubicadas dorsalmente con respecto al paquete colateral (figs. 1 y 2). Se llevan las incisiones hasta el plano óseo y se levantan 2 colgajos, uno palmar y otro dorsal (fig. 3). En la base del colgajo palmar, en A, se individualizan en medio de la grasa los dos colaterales palmares que se diferencian de la arteria en que son posteriores con respecto a ella, algo más gruesos, fibrilares y presentan en su extremo el hinchamiento en clava del neuroma, B, adherido a la cicatriz. En ese punto A, en la base del colgajo palmar, se les disecciona, se ligan con seda fina, se alcoholizan con aguja muy finita proximalmente a la ligadura y se seccionan distalmente a ésta. Se reseca el cabo distal del nervio y el neuroma desde A hasta B. Se completa luego la reamputación. Es necesario hacer notar que aquí, como en la amputación simple, la sección de la falange no debe ubicarse inmediatamente por debajo de la articulación interfalángica porque queda un pequeño muñón ósteoarticular sin tendón y doloroso al apoyo por el traumatismo que éste pro-

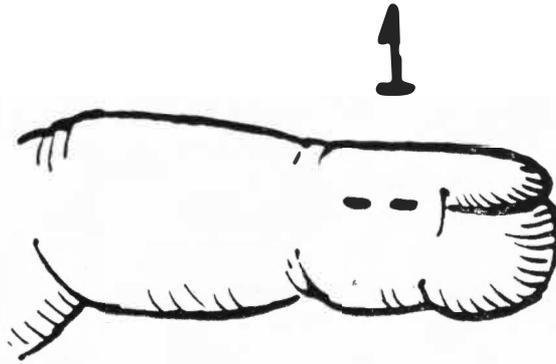


Fig. 1.— Muñón de amputación.  
La línea de puntos marca el trazado de la incisión. Vista de perfil.

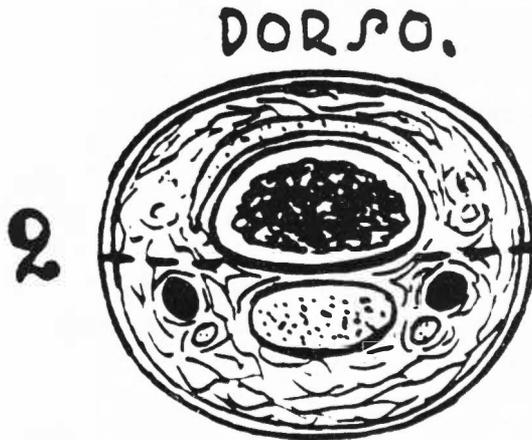


Fig. 2.— Muñón de amputación. Vista de frente. Las líneas de puntos marcan el trazado de la incisión, dorsalmente colocada con respecto a los paquetes colaterales.

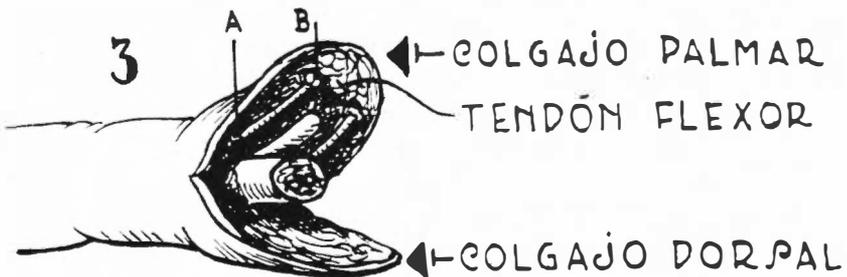


Fig. 3.

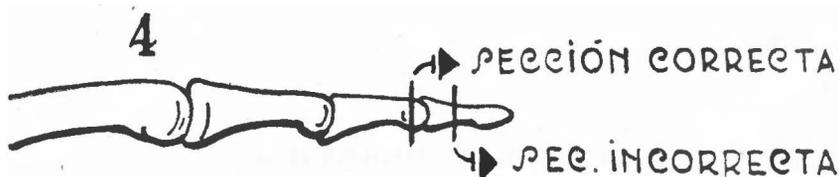


Fig. 4.

voca sobre la articulación ricamente innervada. La sección ósea debe hacerse vecina a la articulación pero por encima de ella, es decir, inmediatamente por encima de la superficie cartilaginosa articular de la falange proximal (fig. 4).

El neuroma del colateral puede originar un síndrome causálgico, particularmente en el territorio del mediano. Las heridas parciales son las que más frecuentemente dan origen a este síndrome. Su tratamiento debe ser quirúrgico con resección del neuroma en la forma antedicha y, en las secciones parciales, la resección del neuroma y la sutura del nervio.