

# AFECTACION DE LA ARTICULACION METATARSOFALANGICA EN EL DEDO EN GARRA PROXIMAL

\* ZALACAIN VICUÑA, Antonio Jesús

\* GIRALT DE VECIANA, Enrique

\* NOVEL MARTI, Virginia

\* OGALLA RODRIGUEZ, José Manuel

## INTRODUCCION

Las desviaciones básicas en el plano sagital de los dedos medios son los dedos en garra o en martillo con sus múltiples variantes.

En este caso nos vamos a centrar en el dedo en garra proximal y la problemática en los casos en los cuales nos encontramos con una luxación o subluxación metatarsofalángica.

Una vez determinada la patología, y centrada en el caso concreto del paciente habiendo tenido en cuenta todas las posibles circunstancias adyacentes al mismo, como los posibles problemas circulatorios, metabólicos, actividades de trabajo o de deporte, etc. Si hemos tomado la decisión de la intervención quirúrgica, por pensar que es la más adecuada, tendremos que basar nuestra técnica según la clínica, biomecánica y radiología que presente cada caso. Siendo en este punto donde habrá que precisar si nos encontramos con un dedo en garra proximal con o sin luxación metatarsofalángica.

## DEFINICION

El dedo en garra es una desalineación longitudinal dígito metatarsal en el plano sagital, hallándose habitualmente la falange proximal en hiperextensión o dorsiflexión, la falange media en flexión plantar y la falange distal de forma variable, provocando un desequilibrio muscular entre extensores y flexores, motivo que da lugar a una clasificación con las variantes más habituales que son:

**Dedo en garra:** Falange proximal neutra o en dorsiflexión, flexión plantar de la falange media y distal.

**Dedo en martillo:** Falange proximal neutra o en dorsiflexión, flexión plantar de la falange media y dorsiflexión de la falange distal.

**Dedo en maza:** Falange proximal neutra, flexión plantar o neutralidad de la falange media y flexión de la falange distal.

Pudiendo presentarse dichas desalineaciones con una luxación o subluxación metatarsofalángica.

Podremos hablar de una luxación metatarsofalángica, cuando haya una pérdida permanente de las relaciones entre las dos superficies o cabeza y base de la articulación, que suele acompañarse de laceraciones tendinosas y de la cápsula articular. Cuando la pérdida de contacto es total se habla de una luxación y cuando es parcial se habla de subluxación.

En el caso que nos ocupa de la articulación metatarsofalángica, la luxación puede presentarse en el plano sagital y en el plano transverso, la base de la falange proximal se puede luxar hacia el dorso o la zona plantar (traumatismos) de la cabeza metatarsal y también puede hacerlo hacia un lado u otro de la misma.

## ETIOPATOGENIA

Son varios los factores que pueden ocasionar la alteración de un dedo en garra proximal y en algunas ocasiones se asocian entre ellos.

Las causas de origen congénito o neurológico, las artritis inflamatorias, junto con las insuficiencias del primer radio, pies cavos, segundos dedos más largos y las alteraciones biomecánicas del pie son los factores más frecuentes en este tipo de patología.

Podemos encontrar causas de origen yatrogénico, tras intervención de H.A.V. con excesivo acortamiento del primer radio, nos provoca una alteración en la alineación de los dedos.

Como factores coadyugantes nos encontramos el tipo de pavimentación actual y la suela muy rígida de muchos calzados lo cual colabora enormemente en la debilitación de los músculos lumbricales e interoseos, importantísimos en el equilibrio dígito-metatarsal por su función de neutralizar la acción de los extensores y flexores.

Los lumbricales ayudan a flexionar la articulación metatarsofalángica y a la extensión de la articulación interfalángica.

Los interoseos dorsales ayudan a la flexión metatarsofalángica y a la extensión interfalángica, del 2, 3 y 4 dedos. Los interóseos plantares ayudan a la flexión metatar-

\* *PODOLOGOS: Profesores Titulares de las Enseñanzas de Podología. Universidad de Barcelona.*

sofalángica y a la extensión interfalángica, de, 3, 4 y 5 dedos.

No debemos olvidar que las patologías del antepie están íntimamente ligadas a alteraciones biomecánicas del retropie, resumiremos diciendo que existe una pronación fisiológica de la articulación subastragalina para desbloquear la articulación de Chopart durante el apoyo de talón y amortiguar el impacto del pie en el suelo, permitiendo una mejor adaptación del antepie en la fase de apoyo, si la pronación es excesiva la articulación de Chopart es incapaz de estabilizar el antepie ocasionando hipermovilidad del primer metatarsiano con sobrecarga de los metatarsianos centrales. Esta pronación excesiva debilitará la musculatura intrínseca y retraerá la musculatura extensora y flexora para intentar adaptarse y compensar al retropie.

## CLINICA

Clínicamente podremos observar:

- Deformidad digital descrita con anterioridad.
- Heloma en dorso de dedo, zona de la articulación interfalángica proximal.
- Algias en la zona del heloma por la compresión del calzado.
- Posible heloma en pulpejo del dedo.
- Posible hiperqueratosis en zona plantar de la cabeza metatarsal.

## ESTUDIO RADIOGRAFICO

Se realizará una dorso-plantar y lateral para ver el grado de deformidad y poder apreciar las posibles luxaciones articulares.



Fig. 1

## TRATAMIENTO

Dependiendo del grado de reductibilidad, la localización y la causa que produzca el dedo en garra, podremos realizar diferentes técnicas quirúrgicas, desde las que solamente actuaremos sobre partes blandas a las que realizaremos artroplastias o artrodesis.

El grado de reductibilidad de los dedos en garra lo realizaremos por medio del test de Killikiam, o bien mediante la dorsiflexión y extensión del tobillo, método que también

nos permitirá apreciar el grado de contracción de la musculatura flexora.

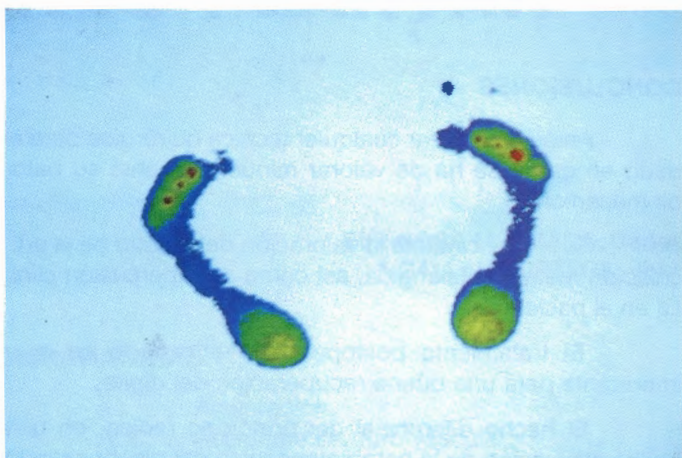


Fig. 2

Existe una gran variedad de técnicas para la realineación digital, dependiendo del estado y longitud del radio, del compromiso articular bien sea metatarsofalángica o interfalángica y de las zonas afectadas. Entre ellas podríamos mencionar las técnicas de Gocht, Terrier, Nieny-Tiorny, Hohmann, Campbell, etc. En la actualidad la técnica que mejores resultados nos está dando es la de Hammer.

Se realiza de la siguiente forma: Incisión en el dorso del dedo, de la zona media de la diáfisis de la falange distal a la cabeza de la falange proximal. Esta incisión puede ser en ojal.

Separación por planos hasta la localización del tendón del extensor, incisión transversal a nivel de la articulación interfalángica proximo-medial. Cortando el tendón del extensor y la cápsula. Disección del tendón a ambos lados y de la cápsula.

Se procede a la luxación de la cabeza de la falange proximal y corte de la misma por la zona del cuello. Remodelación de la misma, dándole forma cuadrada. Alineación del dedo, procediendo a la sutura del tendón y cápsula realineando la articulación, saturándola mediante tres puntos de reabsorbible 3/0.

Cierre de la piel con sutura continua, con seda 4/0 ó 5/0. También se puede realizar sutura intradérmica en guarda griega con reabsorbible de 5/0.

A continuación es cuando hemos de proceder a actuar sobre la articulación metatarsofalángica dependiendo de la afectación de la misma. Si presenta una subluxación muy discreta se realiza tenotomía del extensor a nivel de dicha articulación, si esto no es suficiente se tendrá que realizar tenotomía y capsulotomía de la articulación metatarsofalángica, paso imprescindible para la buena resolución de numerosos casos. Si presenta una luxación que no se resuelve solo con la actuación de partes blandas y provoca una hiperextensión del dedo o persiste una afectación a nivel plantar se debe valorar de forma muy exhaustiva, la realización de una osteotomía elevadora o de acortamiento de la cabeza del metatarsiano.

Realización de vendaje alineador-ferulizador (si solo se ha realizado técnica digital), mediante aplicación de gasa

subfalángica y ferulizando con los dígitos laterales, también se debe realizar una elevación de la articulación metatarsofalángica mediante la aplicación de gasas a nivel de las cabezas metatarsales.

## CONCLUSIONES

- Antes de realizar cualquier técnica quirúrgica para el dedo en garra, se ha de valorar minuciosamente su patobiomecánica.

- Es imprescindible la valoración del estado de la articulación metatarsofalángica, así como su repercusión clínica en el paciente.

- El tratamiento postoperatorio adecuado es muy importante para una buena recuperación del dígito.

- El hecho diferencial del podólogo radica, en una buena evaluación de la patobiomecánica del pie, buscando siempre la técnica más adecuada a aplicar, para conseguir el mejor resultado y con ello lograr un aumento en la calidad de vida del paciente.

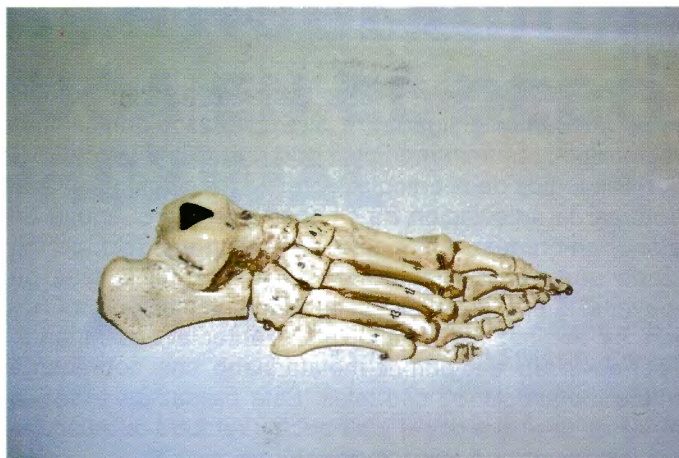


Fig. 4

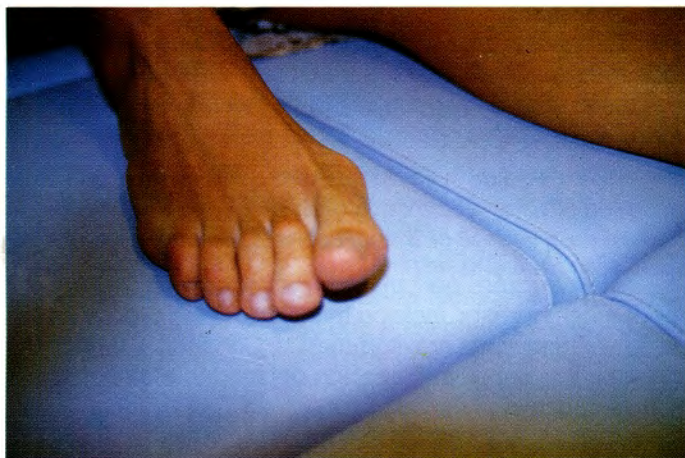


Fig. 3

## BIBLIOGRAFIA

- BALIBREA, J.L.: "Tratado de cirugía". Ed: Toray. Barcelona 1.989.
- BUTTRWORTH, R., DOCKERY, G.L.: "Atlas a color y cirugía del antepie". Ed: Ortocen, 1.992.
- BYCURA, B.M.: "Bycura On Minimal Incision Surgery". Ed: Stephen D. Weissman 1.986.
- GIANNISTRAS, N.J.: "Transtornos del pie. Tratamiento médico y quirúrgico". Ed: Salvat editores. Barcelona 1.983.
- IAN J. ALEXANDER.: "El pie, exploración y diagnóstico" Ed: Jims. Barcelona 1992.
- JAHSS, M.H.: "Disorders of the Foot & Ankle". Ed: W.B. Saunders Company. Philadelphia 1.991.
- MERCADO, O.A.: "Atlas de cirugía del pie" Vol. I Cirugía del antepie. Ed: Federación Española de Podólogos. Madrid 1995.
- MC. GLAMRY, E.: "Foot surgery". Ed: Williams & Wilkins. Baltimore 1.987.