

Niveles funcionales de amputación en los dedos

Doctor Eduardo Bustillo Sierra, Profesor asistente de Cirugía Ortopédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Publicado en:

Revista Latinoamericana de Cirugía Plástica.

Vol. XIV No. 3 - septiembre de 1970.



Doctor Eduardo Bustillo Sierra.

La prehension manual depende en gran parte de la longitud de los dedos; por este motivo, en presencia de un dedo amputado debemos pensar en términos de función relegando el aspecto estético para algunos casos muy escogidos.

Este factor longitud es necesario tenerlo en cuenta puesto que existen niveles de amputación que no solo son incompatibles con una función útil sino que llegan a interferir con los patrones de sustitución que eventualmente adquieren la mayoría de los pacientes.

El valor funcional de cada radio digital varía; así, se acepta que el pulgar efectúa 40% de la función total de la mano; los dedos índice y medio 20% cada uno y correspondiendo 10% para los dedos anular y meñique. El esquema adjunto tomado de Slocum sintetiza de manera objetiva las consideraciones al respecto (figura 1).

En este orden de ideas todos los procedimientos tendientes a conservar la longitud del pulgar están justificados, no así al tratarse de los restantes dedos excepto en presencia de múltiples amputaciones. Aún en estos casos rara vez están indicados procedimientos tendientes a "alargar" muñones.

Por otra parte el muñón útil ha de estar cubierto de piel firme, flexible y de buena sensibilidad particularmente hacia su aspecto radial. En general es preferible tener un muñón relativamente corto pero cubierto con su misma piel que no uno un poco más largo con una cobertura inadecuada de injerto o colgajo (figura 2).

Consideramos el nivel de amputación mas frecuente en los dedos, el llamado "amputación del pulpejo". Entre los múltiples procedimientos descritos para tratar esta lesión creo que la técnica de elección es la popularizada por Cutler (figuras 3 y 4).

Veamos brevemente el problema en cada uno de los dedos.

Pulgar. Su nivel funcional útil está situado hacia la mitad de la primera falange; sin embargo como ya se estableció, debe conservarse la mayor longitud cubriendo hueso expuesto utilizando colgajos de piel digital. Cuando el pulgar esta amputado a un nivel más proximal, deben considerarse procedimientos de alargamiento. Una buena función puede obtenerse profundizando la primera comisura (figura 5).

Con la base del primer metacarpiano presente se debe considerar la pulgarización particularmente si el dedo índice está parcialmente lesionado. Preferimos la técnica descrita por Pulvertaff. Los procedimientos de

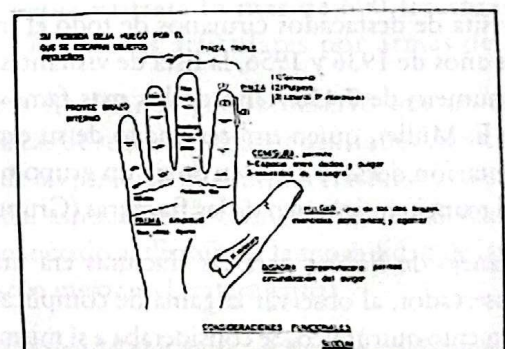


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

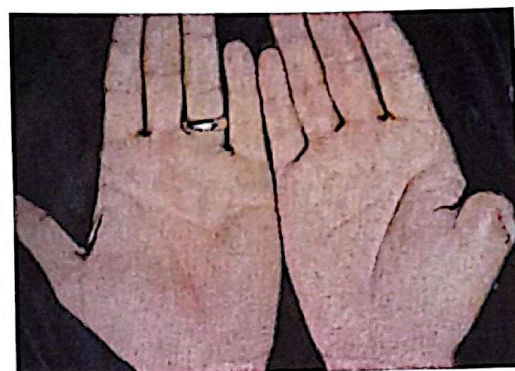


Figura 6.



Figura 4.



Figura 7.



Figura 5.



Figura 8.



Figura 9.

reconstrucción con base en colgajo abdominal tubular e injertos óseos han caído en desuso por la mala calidad de los tegumentos, reabsorción ósea, etc. Sin embargo, últimamente el empleo de colgajos tubulares desengrasados complementados con trasferencias sensitivas por medio de pedículos neurovasculares han hecho que este método deba tenerse en cuenta (figuras 6, 7, 8, 9 y 10).

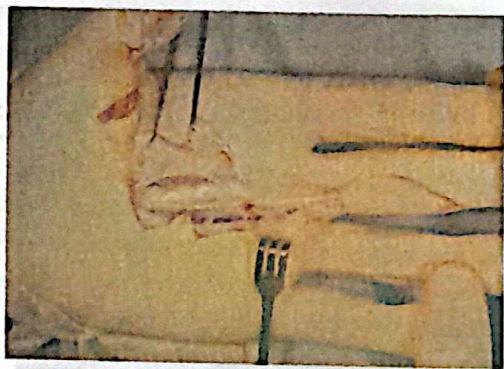


Figura 10.

Índice. En las amputaciones a través de la falange distal puede buscarse el cierre primario a expensas de un acortamiento sin mayor significado. Proximalmente a la articulación interfalángica distal es importante mantener la longitud aún con el empleo de colgajos digitales. El muñón conformado por la falange proximal no es utilizable en la función de pinza la cual es transferida al dedo medio, pero es útil como apoyo y por supuesto para mantener la amplitud palmar. Amputamos por la base del metacarpiano si el factor estético se considera de gran importancia (figuras 11 y 12).

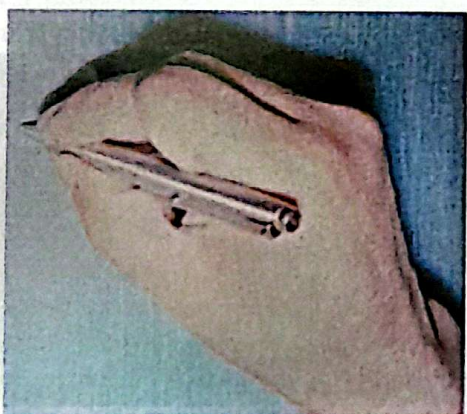


Figura 11.



Figura 12.

Medio. Su nivel funcional se localiza en la articulación interfalángica proximal, el muñón preserva la acción de copa e impide la convergencia de los dedos vecinos. En la amputación a un nivel más proximal está indicado resecar el metacarpiano subperióticamente para conservar las importantes inserciones musculares. Simultáneamente se practica la transferencia del índice a la base del tercer metacarpiano; estructura ésta importante de preservar (figuras 13, 14 y 15).



Figura 13.

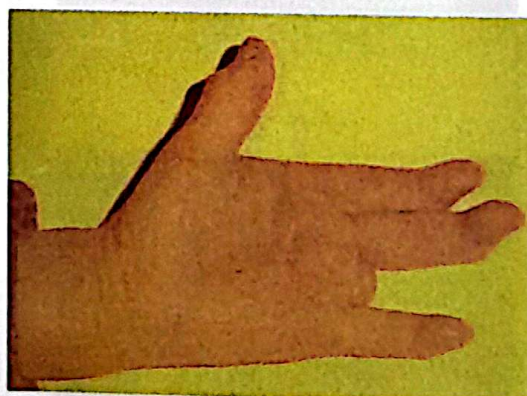


Figura 14.



Figura 15.

Anular. Su nivel funcional se encuentra en la interfalángica proximal; muñones más cortos se tratan mejor por resección subperióstica total del metacarpiano correspondiente y transferencia del meñique: hemos encontrado suficiente liberar la base del 5º con lo cual este hueso se desliza a ocupar el lugar del cuarto (figuras 16, 17, 18 y 19).

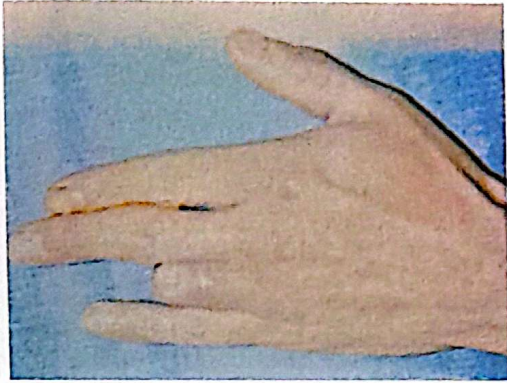


Figura 16.

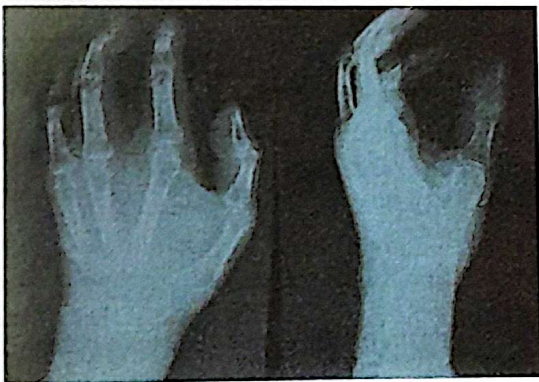


Figura 17.

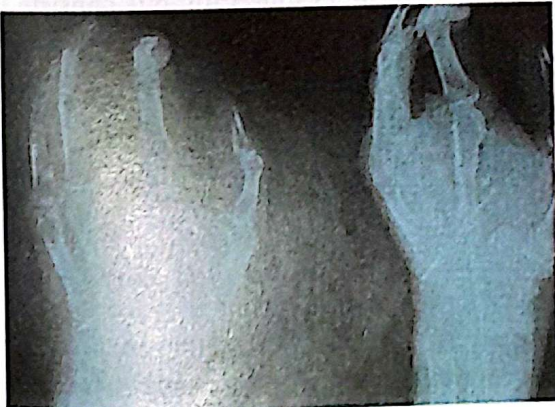


Figura 18.

Meñique. En la lesión digital aislada es el menos importante de los dedos. No se justifica procedimiento alguno distinto al de buscar un buen cierre primario; en presencia de lesiones múltiples, debe recordarse que puede asumir un importante papel de apoyo. Consideramos como un muñón funcional aquel amputado por la interfalángica proximal. En muñones más cortos se obtiene un buen resultado estético amputando oblicuamente por el cuello del 5º metacarpiano (figuras 20 y 21).



Figura 19.



Figura 20.



Figura 21.