

Técnica V-Y Plastia aplicada a un 2º dedo en garra

Joan Lozano Freixas
Podólogo n col.785.

Correspondencia:
Joan Lozano Freixas
Montmajor, 21 bajos Barcelona
E-mail: joanfreixas@yahoo.es

Resumen

Este trabajo esta basado en la aplicación de una técnica empleada para el alargamiento y la distensión de la retracción cutánea la V-Yplastia, y la cual ha sido un complemento fundamental para la resolución del caso, cuyo objetivo ha sido preservar la integridad articular interfalángica evitando así la artroplastia y actuar a nivel de la 2ª MTTF mediante liberación y distensión de partes blandas.

Palabras clave: V-Yplastia. Dedo en garra. Cirugía podológica.

Summary

This work describes a soft tissue's surgical procedure based on VY flap technique for skin lengthening and distension. The main goal for selecting this technique was to preserve second metatarsal-phalangeal joint integrity and avoiding joint arthroplasty procedures.

Key words: V-Y plasty. Claw toe. Foot surgery.

A propósito de un caso clínico

Presentación de caso clínico con resolución quirúrgica mediante la técnica de V-Yplastia aplicada a un 2º dedo en garra.

Patomecánica del dedo en garra

Un concepto de gran relevancia anatómica y funcional dentro de la cirugía de los metatarsianos menores es el complejo extensor de dichos dedos. Este complejo forma una *inserción funcional* para el extensor largo y corto de los dedos, interóseos y lumbricales. El complejo extensor afecta primariamente a la función digital, pero mediante fuerzas retrógradas puede afectar también a los metatarsianos. Todos los tendones interóseos, lumbricales, flexores y extensores tienen nexos con

este complejo extensor y están interrelacionados entre sí en torno a las articulaciones MTTF menores. Debido a esta íntima relación las deformidades digitales conducen a menudo a la aparición de anomalías digitometatarsales. La pérdida de la estabilidad del complejo extensor conduce a la existencia de unas fuerzas retrógradas significativas ejercidas sobre los MTT y que provocan un fracaso biomecánico (Figura 1).

En un dedo en garra, la tracción del flexor es tal que causa un efecto de doblamiento en la articulación interfalángica proximal. La falange proximal se dorsiflexiona, traccionando así la cápsula plantar de la articulación MTTF y causando un desplazamiento anterior de la almohadilla grasa.

En presencia de un dedo en garra, la acción del extensor es paradójica, pues al estar en dorsiflexión, actúa como plantiflexor de la interfalángica proximal.

La V-Yplastia

La plastia V-Y es una de las técnicas de alargamiento más usadas en la zona del 2º y 5º dedos para disminuir la retracción cutánea.

El procedimiento de la V-Yplastia es de gran utilidad en torno a las articulaciones MTF.

El colgajo en V debe estar perfectamente disecado para poder moverlo con libertad. Esto permitirá la creación de un fragmento en Y para formar un nuevo patrón tisular (Figura 2).

Caso clínico

Para la elección de la cirugía y su aplicación nos hemos basado en los siguientes *fundamentos prequirúrgicos*:

- Anamnesis.
- Exploraciones específicas.
 - Articular.
 - Muscular.
 - Neurológica.
 - Vascular.
- Estudio Rx.
- Estudio analítico.
- Diagnóstico.
- Objetivos.

Anamnesis

Paciente mujer de 43 años de edad de profesión enfermera.

Deformidad de 2º dedo en garra PI con algia en dorso con clínica de lesión queratósica y moderada en 2º MTF; la deformidad actual le impide el uso de calzado.

El PI presenta pie cavo unilateral de etiología desconocida tratada ortopedológicamente (Figura 3). Dice haber sido intervenida quirúrgicamente en la infancia para realizar alargamiento del tendón extensor y flexor largo del primer dedo PI.

No presenta alergias conocidas ni contrindicaciones específicas para la cirugía.

Exploraciones específicas

Articular

La disposición articular es de flexión dorsal de la falange proximal sobre la cabeza del MTT y dislocación plantar de las falanges media y distal.

Deformidad: semireductible.

Test de Lachman: subluxación con desplazamiento anterior del plato flexor.

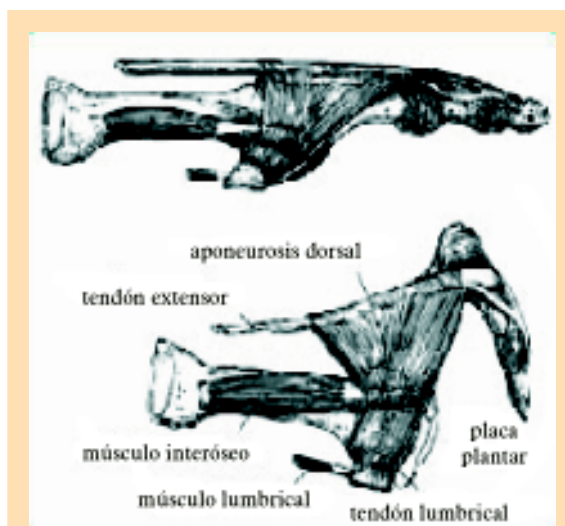


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Disposición estática y dinámica con deformidad en dedo en garra.

Muscular

Presenta fuerte tracción de los flexores fijando la planta flexión interfalángica proximal.

Retracción de la musculatura extensora obligando a la dorsiflexión de la falange proximal traccionando así la cápsula a nivel plantar de la articulación MTF causando desplazamiento anterior de la almohadilla plantar fijando la contractura en el dorso de la cápsula mediante retracción así como los ligamentos colaterales.

Neurológica

Reflejos (comparativos ambas EEII): Hiperreflexia en E.I. izquierda rotuliano y aquileo.

Prueba sensibilidad: Sin alteraciones.

Vascular

Palpación pulsos T.P y Pedio: rítmicos, pulsátiles y simétricos.

T.A: 128-75

Pulsaciones: 72x min

Oscilometría: + y simétrica



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.

Prueba recapilarización: +

Aspecto piel: hidratada, sonrosada.

Estudio Rx

Asimetría podal por pie cavo unilateral (Figura 4).
Dislocación de las MTTF más acentuada en la 2ª MTTF con superposición de la falange proximal sobre el MTT.

Estudio Analítico

Petición de analítica prequirúrgica convencional:
Valores dentro de los parámetros de normalidad.

Diagnóstico

Deformidad de 2º dedo en garra semireductible con etiología de desequilibrio musculotendinoso.

Objetivos

Resolución de sintomatología en dorso 2º dedo y posibilidad de uso de calzado.

Actuación en partes blandas que mantienen y fijan la deformidad.

Minimizar tiempo postquirúrgico.

Disminuir metatarsalgia mediante liberación y distensión de partes blandas.

Evitar artroplastia.

Acto perquirúrgico

Se decide realizar cirugía del 2º dedo en garra del pie izquierdo aplicando las siguientes técnicas:

A nivel de la 2ª MTTF

V-Y plastia (Figura 5).

Dissección por planos y el vértice de la V a nivel de la cabeza del MTT para obtener una mejor exposición de la cavidad articular.

Exposición y Tenotomía extensores 2º dedo (tener en cuenta la oblicuidad de los tendones).

Capsulotomía dorsal (Figura 6).

Sección ligamentos colaterales.

A nivel dorso 2º dedo

Exostectomía dorso cabeza falange proximal mediante incisión transversa (Figura 7).

A nivel plantar 2º dedo

Tenotomía flexores.

Capsulotomía interfalángica proximal y distal (Figura 8).

Liberalizado de la fijación de partes blandas se procede a la tracción distal del dedo para acabar de romper posibles adherencias existentes.

Se procede a la sutura mediante puntos simples con seda 3/0. A nivel del vértice de la V-Yplastia se aplica un punto en colchonero (Figuras 9, 10 y 11).

Postquirúrgico

Se suministra calzado postquirúrgico.

Se realiza la primera cura al 5º día manteniendo el vendaje alineador y la aplicación de topionic solución sobre el vendaje realizando así una cura interactiva con la paciente.

Se quitan los puntos al 10º día manteniendo los puntos del vértice apical que son quitados al 12º día. A las 3ª semana la paciente acude a consulta con su zapato original y se da el alta.

Se mantiene el vendaje alineador y se recomienda que lo mantenga dunte 6 semanas más (Figura 12).

Conclusiones

Debido a su patomecánica se concluye que la deformidad es originada en base a una alteración del desequilibrio musculotendinoso originado por la deformidad del pie cavo, el cual, ya es tratado y compensado adecuadamente mediante tratamiento ortopodológico. Por lo que la elección de la cirugía ha estado orientada a la resolución de la sintomatología respetando en lo posible la preservación articular.

En la cirugía del dedo en garra hay variedad de técnicas descritas y de las cuales el criterio profesional es selectivo.

La cirugía podológica precisa de conocimientos científicos así como de creatividad para cada caso. La aplicación de plastias en este caso de V-Yplastia es muy considerable para dar capacidad de distensión a la piel, ya que también es una estructura a tener en cuenta en la fijación de la deformidad. Presenta una exposición suficiente para acceder a la articulación y preservar estructuras anatómicas.

Realizamos una actuación más global, ya que no



Figura 7.



Figura 9.



Figura 8.



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.

actuamos unicamente en el foco de la deformidad del dedo en garras sino que también en toda su anomalía digitometatarsal.

Podemos concluir que hemos obtenido los objetivos que nos marcamos en este caso, ya que se ha reducido la deformidad con una mejora sintomática

en la metatarsalgia, ha habido una rápida recuperación y la paciente puede usar calzado convencional.

Agradecer la colaboración profesional de los podólogos David Marín y Fernando Prieto.

Bibliografía recomendada

Butewort y Dockery. Atlas a color y texto de cirugía del antepie. Ed Ortocen 1992

Bycura. Bycura on minimal incision surgery.

Guillem Álvarez y Muguerza Pecker. Podología deportiva. Ed. Interamericana 1991

Rohen y Yokochi. Atlas fotográfico de anatomía humana. Ed. Mosby 3ª edición 1994

Mercado. Atlas de cirugía del antepie. Vol 1

Nieto Garcia. Cirugía podológica. Técnicas de mínima incisión. Ed Mileto 2004

Sobotta. Anatomía humana. Extremidad Inferior 1992

Viladot y Colabs. Quince lecciones sobre patología del pie. Ed Masson 2005