

Presentación de un caso.

Sindactilia completa de 1, 2, 3er dedos pie derecho y hallux valgus.

Autores: Drs. Meléndez Santander, Arena Rodrigo, Martínez Daniel, Mellado Lauro, Sánchez Efraín, Stumbo Daniel, Viñuelas Mario, Avanzi, Roberto.

Presentamos el caso de un paciente de sexo femenino de 17 años de edad, practicante de jockey sobre césped, quién consulta por dolor en la parte medial de la primera articulación metatarso-falangica derecha, de varios meses de evolución, que se intensifica con la actividad física y deformidad del antepié.

Antecedentes: Fusión parcial de los dedos medio y anular derechos, operada hace 3 años. Madre, abuela y hermana con sindactilia simple de 2º y 3er dedos, operadas.

Inspección:

Pie derecho se observa eritema a nivel de la articulación metatarso-falangica del hallux, bunio prominente dorso medial, desviación en valgo del hallux y esbozo distal del pliegue interdigital de hallux y 2º dedos, ausencia de pliegue interdigital entre 2º y 3er dedos y fusión parcial del 3º y 4º dedos.

Pie Izquierdo fusión parcial del hallux y segundo dedo, completa de 2º y 3er dedos. Dolor a la palpación sobre prominencia dorso-medial de la 1ª cabeza metatarsiana derecha, movilidad pasiva y activa del hallux en conjunto con los otros dedos fusionados, sin abducción.

Evaluación radiológica.

Solicitamos radiografías simples frente y oblicua pie derecha: Ensanchamiento de la base del primer metatarsiano, varismo de M1, subluxación de los sesamoideos, valgo falangico, formula metatarsal index plus minus, sesamoideo accesorio en 2º y 5ª cabeza metatarsiana y os peroneum.

Diagnóstico: Sindactilia parcial, simple de 1º,2 dedos, completa de 2º y 3º dedos y parcial de 3º y 4º.derechos

Hallux valgus der.

Sindactilia parcial simple 1º y 2º dedos, completa 2 y 3er dedo izq.

Teniendo en cuenta la presencia de dolor, que dificulta la practica deportiva, la tendencia al valgo progresivo del hallux y la insatisfacción estética, se considera la posibilidad de resolución quirúrgico, debiendo evaluarse previamente el aporte circulatorio del hallux y 2º dedo, para ello se solicita una angio-tomografía de ambos pies.

Verificada la indemnidad de la circulación se programa el procedimiento quirúrgico.

Planeamiento quirúrgico.

Se realizaron dos tiempos quirúrgicos:

Tratamiento de partes blandas: (Digitalización o desindactilización).

Digitalización del hallux y segundo dedo derecho, técnica de zetaplastias, dorsal y plantar, diseñando un colgajo local para formar el espacio interfalángico y cobertura de los defectos cutáneos remanentes con injertos libres tomados de la zona inguinal derecha.

Partes óseas:

Procedimiento. Osteotomía percutánea del cuello del primer metatarsiano según técnica de Bosch.

Bajo control de intensificador de imágenes se realiza osteotomía percutánea del cuello del primer metatarsiano, de trazo transversal y lateralización de la cabeza hasta ubicarla por encima de los sesamoideos. Se mantiene el desplazamiento con clavo endomedular de Steinmann de 2mm, con ingreso en zona paraungueal medial del hallux progresándolo en forma subcutánea hasta el sitio de la osteotomía, donde ingresa hasta la base del primer metatarsiano.

Se coloca vendaje y permitiendo apoyo con sandalia post-quirúrgica según tolerancia.

Postoperatorio.

Control en consultorio externo y curaciones a la primera y segunda semanas post operatoria, retiro de suturas a los 15 días, momento en el cual se nota algún grado de sufrimiento de los injertos de piel, la cual mejoro en los controles sucesivos.

4 semanas, Retiro del clavo de Steinman en consultorio.

6 semanas control radiológico satisfactorio, se evidencia buena alineación del primer rayo.

10 semanas Cicatrización de los tegumentos del interdichito.

La paciente se encuentra satisfecha estética y funcionalmente con el resultado quirúrgico, reinició su actividad deportiva a las 15 semanas de operada, ha expresado su deseo de repetir el procedimiento en el pie contralateral.

Discusión.

El termino sindactilia se origina de las raíces griegas sin, que significa juntos y dactilia, que significa dedos o dígitos, también se conoce como dedos palmeados.

Constituye la malformación congénita más frecuente que afecta los miembros.

Considerada como una falla en el proceso de diferenciación de los dedos, en este caso en la separación de los mismos. Se origina por una detención de la muerte celular programada. Tiene un patrón familiar de presentación.

Ocurre entre la 6ª y 9ª semana de desarrollo embrionario. Incidencia variable entre 1/1000 hasta 1/3000. Se puede dar en forma bilateral en el 50% de los casos.

Predomina entre el 2º y 3er dedos y en el sexo masculino en razón de 3:1.

Puede verse en forma aislada o formando parte de cerca de 28 síndromes, el que con mayor frecuencia presenta sindactilia simple es el Poland, en el que hay paquisindactilia con ausencia o hipoplasia del pectoral e hipoplasia mamaria.

Su mayor relevancia es el aspecto estético, porque generalmente no afecta la funcionalidad. En este caso en particular al estar afectado el hallux, la coexistencia de dolor y el compromiso funcional se le propuso el tratamiento quirúrgico.

Se ha clasificado como:

Incompleta: Cuando la membrana interdigital no está presente en toda la longitud de los dedos.

Completa. La membrana se extiende a todo lo largo de los dedos.
Simple. Sólo compromete tejidos blandos, pudiendo individualizarse las falanges en toda su extensión.

Compleja: Interconexión digital anormal por huesos, pero algunas veces la simples con interconexiones músculo-tendinosas o neurovasculares deben considerarse también como complejas. Las sindactilias complejas comprometen frecuentemente (falange delta, braquifalangismo, sinfalangismo etc).

Complicaciones postquirúrgicas.

Recurrencia de la sindactilia.

Isquemia digital.

Contractura.

Complicación con los injertos cutáneos.

La literatura reporta pocos casos de sindactilias que involucran al hallux y aún resulta menos frecuente que originen un trastorno funcional, por eso nos resulta interesante compartir esta experiencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Adler J, Gentless J et al. Concomitant syndactyly and polydactyly in a pediatric foot. *J Foot Ankle Surg* 1997 Mar-Apr; 36(2); 151- 154.
2. Bösch P, Wanke S, Legenstein R. Hallux valgus correction by the method of Bösch: a new technique with a seven-to-ten-year follow-up. *Foot Ankle Clin*. 2000; 5:485-498.
3. Dereymaeker G, Van der Broek C. Biphangeal fifth toe. *Foot Ankle Int* 2006 Nov; 27(11): 948- 951.
4. Deune E Gene Syndactyly Hand and upper extremity. Johns Hopkins University School of medicine.
5. Dowdy NL, Puleo DC. Desyndactylization: a unique case report. *J foot Surg*. 1991 Jul-Aug; 30(4): 340-343.
6. Hwang K, Kim ET. Foot polydactyly and polysyndactyly: genetic implication in two families. *J Foot Ankle Surg* 2005 Nov-Dec; 44(6)473-7
7. Magnan B, Bortolazzi R, Samaila E, et al. Percutaneous distal metatarsal osteotomy for correction of hallux valgus. Surgical technique. *J Bone Joint Surg Am*. 2006; 88 (Suppl 1 Pt 1):135-148.
8. Morovic Carmen G. Cirugía de la mano en pediatría. *Rev Chil pediatr* 76(1); 86-90, 2005