

# PLASTIA DE PALMAR MENOR REFORZADA PARA RECONSTRUCCIÓN DE LESIÓN CRÓNICA DE LIGAMENTO COLATERAL CUBITAL 1º DEDO



Hospital Universitario  
Severo Ochoa  
Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Comunidad de Madrid

A.I. Simón Carrascal, P. Zuil Acosta, P. Ortiz Pereira, J.M. Tabernero Fernández, O. Torre Pérez, L.M. Martínez Cabañas

## INTRODUCCIÓN

- Las causas de inestabilidad crónica del ligamento colateral cubital (LCC) de 1º dedo o pulgar de guardabosques son:
  - tratamiento erróneo de rotura aguda
  - lesión de Stener previa
  - distensión progresiva del LCC.
- La reconstrucción quirúrgica está indicada en pacientes que cumplan las siguientes características:
  - persistencia de dolor, inflamación y debilidad con movimientos de torsión o al sostener en pinza objetos pesados.
  - más de 3 meses evolución sin respuesta a tratamiento conservador
- Existen técnicas dinámicas (trasferencias tendinosas), estáticas (injertos tendinosos) o artrodesis metacarpofalángica en artrosis o subluxación volar significativa.

## OBJETIVOS

- Exposición del caso de un paciente con inestabilidad crónica del LCC de 1º dedo
- Revisión de las alternativas terapéuticas.

## MATERIAL Y MÉTODOS: Caso clínico

- Varón 51 años, trabajador manual diestro, consulta por dolor y pérdida de fuerza de la pinza en mano derecha de 1 año de evolución.
- Presenta inestabilidad y bostezo a la desviación radial en 1º metacarpofalángica, más llamativa en las Rx de estrés sin aparentes daños articulares, por lo que se decide reconstrucción quirúrgica.



- Bajo la aponeurosis del adductor se aprecia magma fibroso, se realizan túneles de 3.5mm paralelos a la articulación en la huella de inserción del LCC para introducir la plastia de palmar menor reforzada con Suture Tape y fijada con dispositivos SwiveLock (Arthrex) ajustando la tensión y comprobando la estabilidad en todo el rango de movimiento metacarpofalángico.



## RESULTADOS

- Durante el postoperatorio se mantiene una férula 6 semanas a tiempo completo, se sustituye posteriormente por una ortesis nocturna 6 semanas iniciándose el proceso de rehabilitación.
- Se evitan movimientos que sobrecarguen la plastia durante 3 meses consiguiendo un rango de movilidad metacarpofalángica completamente funcional y estabilidad similar a la contralateral.

## CONCLUSIONES

- Las técnicas de reconstrucción estática con injerto tendinoso clásicamente realizan 2 túneles en la base de F1 y 1 en la cabeza del 1º metacarpiano para una configuración en V invertida más anatómica y más estable.
- El uso de plastias reforzadas y anclajes óseos tiene las siguientes ventajas:
  - Evita el riesgo de fractura del puente óseo en F1
  - Prescinde de la perforación de la cortical radial del 1º metacarpiano y la necesidad de pull-out.
  - Disminuye el riesgo de complicaciones y el tiempo quirúrgico
  - Mantiene la estabilidad de la plastia.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Los autores no presentan conflicto de intereses. El anterior trabajo no ha sido publicado previamente.

