

# SÍNDROME COMPARTIMENTAL COMO RESULTADO DE UNA TENOSINOVITIS INFECCIOSA POR S.PYOGENES

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza).

Lorenzo López R, Zamora Lozano M, Morales Andaluz J, Flores San Martín M, Ruiz de las Morenas P, Albareda Albareda J.

## Introducción

La tenosinovitis infecciosa es una patología muy poco frecuente en nuestro medio hospitalario. Se trata de una infección aguda de las vainas tendinosas que en ausencia de un diagnóstico y tratamiento adecuado tiene unas secuelas funcionales graves, que varían desde rigideces hasta la propia la amputación de la extremidad. Por ello, ante una clínica compatible, es necesario tener una alta sospecha diagnóstica para iniciar el tratamiento adecuado.

## Objetivo

Descripción de un caso clínico de una infección piógena de la vaina del flexor común de los dedos, su manejo terapéutico y sus resultados funcionales.

## Material y métodos

Paciente varón de 41 años que acude a urgencias con dolor intenso en antebrazo izquierdo irradiado hasta primer dedo, de 5 horas de evolución, que no cede con mórficos. No antecedente traumático. Pintor de profesión. A la exploración se observan lesiones periungueales, inflamación de cara volar de dedos, mano y antebrazo, con actitud en semiflexión de mano y dolor intenso a la extensión pasiva de dedos. Ante la sospecha de síndrome compartimental se decide intervención quirúrgica.

## Resultados

Se realiza la apertura de la vaina tendinosa de los tendones común de los flexores y largo de primer dedo así como fasciotomías de mano y antebrazo obteniéndose líquido purulento que se mandó analizar. También se obtuvo abundante exudado en la eminencia hipotenar de aspecto no infeccioso. Posteriormente se inició antibioterapia empírica y tras el resultado positivo en 5 muestras de cultivo para S.Pyogenes, se pauto antibioterapia dirigida para dicho germen durante 4 semanas. A los 12 días se pudieron cerrar las fasciotomías. A los 6 meses no hubo déficits funcionales con sensibilidad y movilidad de mano y muñeca conservada.



Figura 1. Signos de Kanavel.

- Tumefacción.
- Actitud de la mano en semiflexión.
- Dolor con la extensión pasiva de dedos.

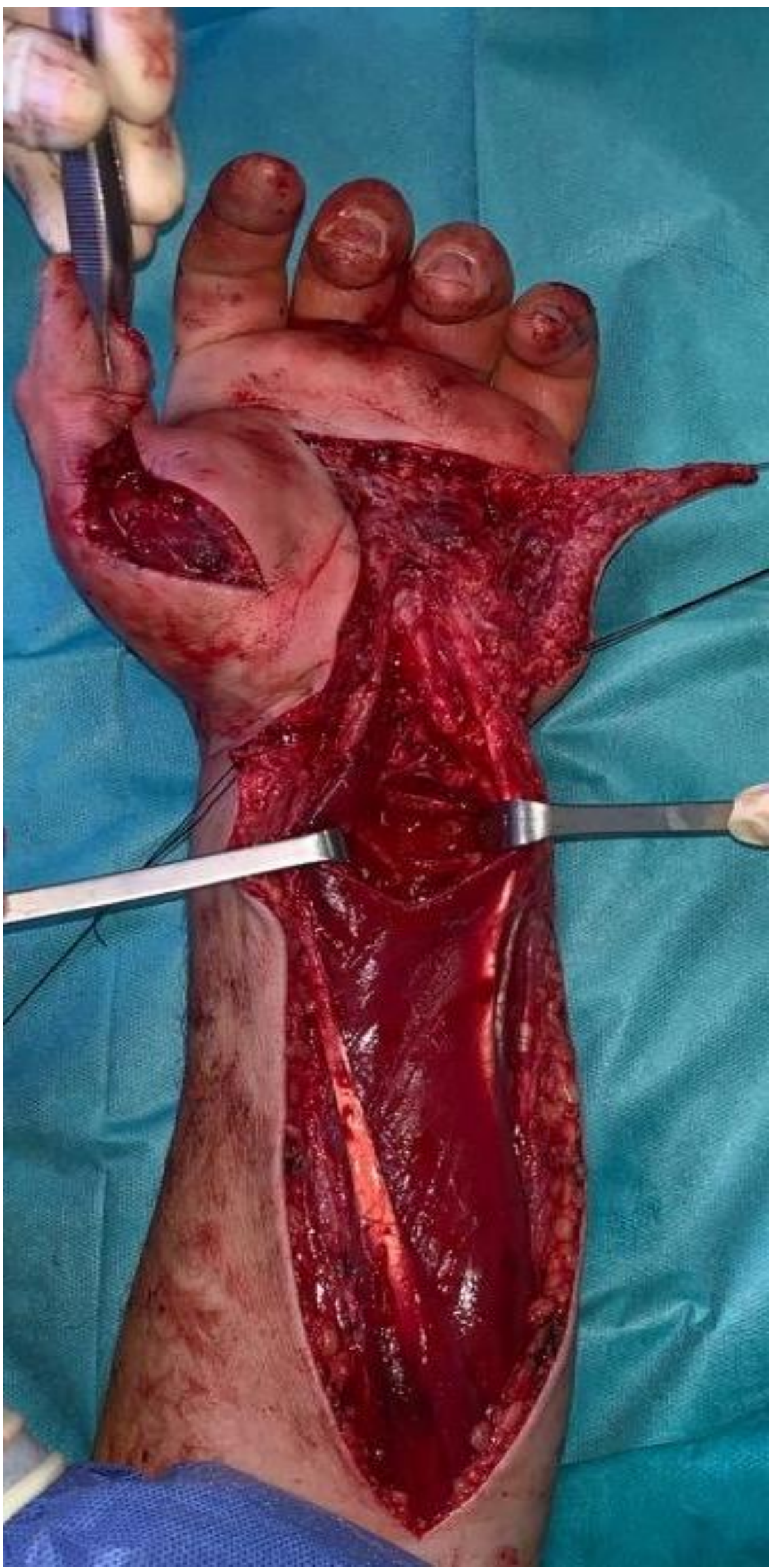


Figura 2. Imagen intraoperatoria.

- Fasciotomías de antebrazo y mano.
- Apertura de vaina tendinosa del flexor común de los dedos.
- Apertura de la vaina tendinosa del flexor largo del pulgar.



Figura 3. Imagen post-operatoria inmediata.

- Aproximación con vaseloop de fasciotomía antebrazo.



Figura 4. Imagen 12 días post-intervención.

- Cierre de fasciotomías de mano y antebrazo.

## Conclusiones

La clínica de la tenosinovitis infecciosa (signos de kanavel) es similar a la presentada en un síndrome compartimental. Para la obtención de unos buenos resultados funcionales a largo plazo es fundamental el diagnóstico precoz e instauración rápida de un tratamiento eficaz; en este caso cirugía abierta en las primeras 24 horas asociada a antibióticos intravenoso.

## Bibliografía

- 1.Rodríguez A. Perez-Fontán F.J, Fernandez P, Alvarez A, Midon J, Martelo F. Tenosinovitis flexora piógena de la mano: hallazgos ecográficos. 2007. Cir plast. 33(3): 189-194
- 2.Stephen B, Taryn Vu, Holtom P. Tissue pressures in pyogenic flexortenosynovitis of the finger. jbs 1996. 78 (5): 793
- 3.García-Martínez I, Camporro-Fernández D, Martín-Muñiz C, Carnero-López S. Tenosinovitis piógena flexora de la mano: experiencia en el hospital Universitario central de Asturias.Cir plas. 2016. 42(2): 167-173

