

RETRACCION DE VOLKMANN DE LOS MUSCULOS INTRINSECOS DE LA MANO

Ricardo Finochietto()*

Salvador Scalione, 17 años, italiano, mecánico. Concorre al consultorio el 17 de octubre de 1918, diciendo que seis meses antes un automóvil pasa sobre su mano izquierda, cuya palma estaba contra el pavimento. Experimentó un dolor intenso, y casi de inmediato la mano fue asiento de una gran tumefacción.

Es llevado a un hospital, donde, con la mano en pronación, le colocan un vendaje, con un núcleo de cartón, que comprendía desde el codo hasta la punta de los dedos.

A la hora de la colocación del vendaje, éste tuvo que ser aflojado porque los dolores intensos antes se habían hecho insoportables. Durante los cuatro días siguientes tuvieron que practicarle inyecciones de morfina, porque los dolores continuaban y perturbaban el sueño.

A los 30 días comienzan los masajes y baños; la mano continuaba tumefacta, de modo que el enfermo no recuerda si la deformación ya existía. A medida que los tejidos se fueron desinfiltrando la deformación se hizo bien aparente.

Estado actual: No hay atrofia del antebrazo. Muy ligera atrofia de la región palmar media. Atrofia bastante marcada en la piel de los dedos, sobre todo de los cuatro últimos, con ligero enfriamiento.

El pulgar está aplicado contra el índice; los otros dedos en extensión, pero con flexión de 45 grados de las primeras falanges en los dedos 2do. y 3ro., de 30 grados en el 4to.; la del dedo 5to. está en la rectitud.

Los músculos extensores y largo adductor del pulgar están bien. No así el adductor y el 1er. interóseo dorsal, que se palpan retraídos y muy duros, sobre todo aquél.

(*) Trabajo publicado en "Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", Tomo IV, 1er. Trimestre del año 1920.

Los grandes músculos del antebrazo están bien; lo mismo que los ténares e hipoténares. Los dedos 4to. y 5to. se separan bien; el 4to. del 3ro., regularmente bien; pero la separación recíproca de los tres primeros no es posible. Apenas sí pasivamente y con un gran esfuerzo el dedo 3ro. consigue separarse un poco del 2do.

La flexión pasiva de los dedos 4to. y 5to. está bien; la activa es algo débil y la de la falangeta del 4to. no es completa. La flexión pasiva de las falangetas de los dedos 2do. y 3ro. llega hasta 45 grados, ofreciendo una resistencia elástica. En esos dedos la flexión de las segundas sobre las primeras falanges varía según la actitud de las primeras falanges: si éstas están en la flexión habitual de 45 grados, la flexión de las segundas sólo llega a los 30 grados; pero si se exagera la flexión de aquéllas sobre sus metacarpianos, las segundas falanges consiguen una flexión completa.

La flexión activa y pasiva de las primeras falanges está bien. La extensión no pasa la rectitud en el 4to. y 5to., y no pasa los 45 grados en el 2do. y 3er. dedos. La cabeza de los metacarpianos 2do. y 3ro. está aparentemente subluxada.

En el dorso la base del 2do. metacarpiano hace una saliencia. Sensibilidad, bien. Dinamómetro, lado sano 25,5, lado enfermo 7. La prehensión es sumamente difícil.

Examen eléctrico: Los músculos y nervios del antebrazo y mano responden normalmente a ambas corrientes. Se observan sólo alteraciones cuantitativas. **Diagnóstico:** Retracción de músculos de la mano. Fractura antigua de metacarpianos (lado izquierdo).

Tratamiento: Masajes bajo nuestra inmediata vigilancia durante meses, baños, etc.

Diciembre de 1918. El enfermo no ha sacado mayores beneficios.

Operación: Enero 3 de 1919. Anestesia general (éter).

Incisión a lo largo del tendón interóseo del índice, lado externo (al decir interóseo nos referimos al tendón común interóseo-lumbrical); se disecciona y reseca 1 1/2 cms. del interóseo del primer espacio y el ligamento lateral externo de esa articulación, que está retraído. Incisión longitudinal en la parte dorsal del segundo pliegue interdigital, disección y resección de 1 1/2 cms. de los tendones interósicos del lado externo e interno; el índice se extiende bien, pero el medio no lo hace hasta que se resecan 5 milímetros de los ligamentos laterales. Incisión en media luna a convexidad posterior en la parte dorsal del tercer pliegue interdigital; se disecan y extirpan los dos tendones visibles, pero para seccionar el ligamento lateral interno del medio, hay que agrgar una cola en la convexidad de la incisión.

Incisión a lo largo del borde libre de la ténar, se disecciona el adductor

completamente esclerosado y seccionando su inserción metacárpica, se extirpan 1 1/2 a 2 cms. de su masa; en la porción restante se practican debridamientos en varias direcciones; el primer metacarpiano cede poco, reteniéndolo la retracción del primer interóseo dorsal; entonces se alarga hacia la tabaquera la primera incisión de las practicadas y se reseca todo el primer interóseo dorsal: el primer metacarpiano cede por completo. Suturas de la piel, dejando un pequeño drenaje en el primer espacio.

Se coloca un aparato que consiste en una atela dorsal de yeso, que impide la hiperextensión de la mano; sobre la atela se fija una T de hierro que permitirá hacer tracciones de las falanges hacia el lado dorsal.

No se empleó hemostasia. Durante la operación la hemorragia en napa fue bastante molesta.

Las porciones de músculos resecaos están constituidas por grasa y tejido fibroso.

Informe histopatológico: Hay pocas fibras musculares y mucho tejido conjuntivo. Aquéllas, con degeneración vitrea.

Postoperatorio: 4 de enero. Se colocan las tracciones elásticas que llevan las primeras falanges en hiperextensión.

14 de enero. La herida tenariana da todavía serosidad sanguinolenta. Masajes.

Marzo 13 de 1919. Masajes hasta el presente. El pulgar alcanza una abducción de 45 grados activa o pasiva. La extensión activa de las primeras falanges retraídas llega bien a la horizontal; la pasiva para ligeramente esa línea, menos en el dedo medio; la separación pasiva de los dedos está limitada apenas en un quinto de su excursión normal, pero la activa es más o menos de un centímetro.

Dinamómetro: lado sano 35, enfermo 15.

Hace 20 días que trabaja; la falangeta del 4to. se fleja bien, activa y pasivamente. La flexión activa y pasiva de las falanges segundas sobre las primeras llega muy bien al recto, sea cual fuere la posición de la primera falange.

La prehensión, para fines domésticos como para el trabajo, ha mejorado mucho.

Setiembre 30 de 1919. Dinamómetro sano 38, operado 36. Trabaja eficazmente. La flexión y extensión de los dedos se hace bien y completa, salvo la extensión activa de la primera falange, a la que faltan unos 10 grados para llegar a la rectitud.

La abducción del pulgar sólo llega a 30 grados. La separación activa de los dedos es casi nula, salvo la del 4to. y 5to. que la hacen muy bien.

Publicamos la historia íntegra porque en la bibliografía referente a la

retracción de Volkmann, que nos ha sido posible consultar, no figura ningún caso en que la alteración se haya producido exclusivamente en los pequeños músculos de la mano.

Es verdad que en varias historias publicadas se hace una ligera referencia a la existencia de retracción en aquellos músculos, pero los datos no son precisos y en ningún caso la alteración palmar fue tan grave como para exigir la parte principal del tratamiento.

Nuestro caso no es el más apropiado para especulaciones etiopatogénicas, porque, al lado del clásico vendaje apretado que se encuentra relatado en casi todos los Volkmann, figura un traumatismo capaz de dar enormes hematomas, y una fractura no reducida a lo largo del nervio motor de la región (rama profunda del cubital) y del arco palmar profundo.

Es posible que los fenómenos se hayan sucedido en la forma siguiente: la fractura de la base de los metacarpianos dio origen a una hematoma que infiltrándose en los espacios interóseos no ha tenido libertad de expansión, estando ésta limitada por los metacarpianos y la aponeurosis palmar profunda.

Este hematoma hubiera sido el origen del ahogo del tejido muscular y de su degeneración y sustitución consecutivas. La actitud de los dedos corresponde a la de una retracción del adductor del pulgar y de los interóseos, siendo la de estos músculos menos intensa en los espacios 3ro. y 4to. Por el examen clínico es imposible decir si los lumbricales estaban también retraídos.

Por vía de ensayo se insistió durante meses con masajes y movilización, pero al fin hubo que recurrir a la intervención quirúrgica. Dadas las condiciones anatómicas de la región, se imponía la resección muscular parcial; siendo una lesión antigua, hubo que agregar algunas sindesmectomías para obtener la hipercorrección.

El tratamiento postoperatorio consistió en la movilización precoz, masajes, baños y tracciones elásticas.

Del resultado obtenido habla el estado actual levantado a los nueve meses de la operación; en él podrá notarse que la acción de los interóseos resecaos no ha sido recuperada, y la existencia de una ligera inclinación a la reproducción de la deformidad. Esto último podría tal vez evitarse, llenando los espacios dejados por las resecciones musculares con trasplantes libres de grasa, etc.

Pero lo más importante es evitar la retracción, tratando los traumatismos en forma adecuada.

En algunos casos nos parece evidente que el vendaje no es el causante directo de ellas; en los vendajes es muy importante mantener los dedos en la

rectitud; así si la isquemia y la sustitución muscular se producen, la retracción no podrá vencer a dedos bien mantenidos.

Una vez producida la fibrosis de los músculos, hay que insistir más que nunca en la prevención de las actitudes viciosas, que la conservación de las fibras musculares no degeneradas que pueden existir en cantidad no despreciable y en un momento dado reasumir gran parte de su potencia anterior, como hemos podido comprobar en retracciones isquémicas de los músculos del antebrazo.