
Polidactilia de la Mano. Reporte de Caso



Rev Guatem Cir Vol. 28 (1) - 2022

Jenifer Olga María Herrera Batres¹ Dr. Gustavo Adolfo Wannam Calderón²

¹Residente de Cirugía General. ²Cirujano plástico. Hospital General San Juan De Dios. Universidad de San Carlos de Guatemala. Autor correspondiente: Dra. Jenifer Olga María Herrera Batres email: jeniferhr2ba3@gmail.com

RESUMEN

Polidactilia, también conocida como hiperdactilia, es un defecto congénito común de las extremidades. Aparte de las deficiencias estéticas y funcionales, puede ser el primer indicio de un síndrome subyacente en el recién nacido. De origen multifactorial. Hay tres subtipos de polidactilia (radial, cubital y central) y las opciones de tratamiento dependen de la característica subyacente¹. La polidactilia de la mano se encuentra con mayor frecuencia de forma aislada. La polidactilia se clasifica como postaxial, preaxial o central según la ubicación radiocubital de los dedos duplicados. La polidactilia postaxial, que afecta el lado cubital de la mano, es la más común y generalmente se trata con escisión o ligadura con sutura del dedo supernumerario. La polidactilia preaxial, que afecta el pulgar o el lado radial de la mano, a menudo requiere técnicas reconstructivas para garantizar un pulgar funcional y estable. La polidactilia central es mucho menos común y la reconstrucción puede ser un desafío².

Palabras clave: polidactilia, mano, deficiencias estéticas y funcionales, tratamiento.

ABSTRACT

Hand's Polydactyly: Case Report

Polydactyly, also known as hyperdactyly, is a common birth defect of the extremities. In addition to cosmetic and functional deficiencies, it may be the first indication of an underlying syndrome in the newborn of multifactorial origin. There are three subtypes of polydactyly (radial, ulnar, and central), and treatment options depend on the underlying feature. Polydactyly is classified as postaxial, preaxial, or central based on the radioulnar location of the duplicate digits. Postaxial polydactyly, which affects the ulnar side of the hand, is the most common and is usually treated with excision or suture ligation of the supernumerary finger. Preaxial polydactyly, which affects the thumb or radial side of the hand, often requires reconstructive techniques to ensure a functional and stable thumb. Central polydactyly is less common and reconstruction can be challenging. Polydactyly of the hand is most often found in isolation.

Keywords: polydactyly, hand, aesthetic and functional deficiencies, treatment.

INTRODUCCIÓN

Asociado a las extremidades que se encuentra con frecuencia, con una incidencia que varía entre grupos raciales de 0.37 a 1.2 por 1000 nacidos vivos.³ La polidactilia se caracteriza por dedos adicionales en las manos y/o los pies, y se ha clasificado como un defecto de duplicación de las extremidades.¹ Tanto la polidactilia de la mano como la del pie se presentan con varios fenotipos morfológicos¹ lo que lleva a implicaciones funcionales y cosméticas. Como consecuencia, existen varias correcciones quirúrgicas con diferentes pronósticos¹.

La polidactilia de la mano es una de las malformaciones congénitas más comunes². Los dí-

gitos adicionales pueden ubicarse en los lados radial o cubital de la mano o en el centro. Para muchos pacientes con polidactilia preaxial (radial) o postaxial (cubital), los protocolos y los sistemas de clasificación pueden informar las decisiones de tratamiento². Sin embargo, es posible un amplio espectro de presentaciones y, en casos más complejos, a menudo se requiere un enfoque individualizado. La mayoría de los pacientes son evaluados en la infancia antes de que se manifiesten las limitaciones funcionales. Existe poco consenso con respecto a la edad óptima para que los pacientes se sometan al tratamiento quirúrgico de la polidactilia². Aunque algunos cirujanos abogan por la reconstrucción desde los 6 meses de edad, la mayoría de los autores recomiendan el tratamiento quirúrgico

en los dedos supernumerarios axiales aproximadamente a los 12 meses de edad cuando el riesgo anestésico es menor, el niño aún tiene que desarrollar un pellizco funcional y antes de que se desarrollen las preocupaciones sociales, especialmente las preocupaciones con respecto a su propia imagen².

En ausencia de literatura sólida que respalde la reconstrucción a una edad específica, realizamos rutinariamente cirugía reconstructiva de polidactilia en pacientes de 12 a 16 meses de edad, con el beneficio adicional de que los dedos son más grandes y técnicamente más fáciles de reconstruir².

La clasificación más sencilla es la propuesta por Temtamy y Mckusick, donde la polidactilia cubital se divide en dos tipos: Tipo A y Tipo B. El primero incluye un dedo duplicado bien desarrollado que se articula con el quinto o sexto metacarpiano. En contraste, el Tipo B incorpora una etiqueta rudimentaria no funcional o un dedo pedunculado más grande que tiene un puente de piel proximal con elementos óseos deficientes, y representa hasta el 80 por ciento de los casos de polidactilia cubital. Por lo tanto, este último es más fácil de extirpar quirúrgicamente¹.

Si se elige el manejo quirúrgico de la polidactilia postaxial, la escisión quirúrgica generalmente se realiza a través de una incisión en forma de raqueta que rodea la base del dedo duplicado y se extiende proximalmente a lo largo del borde cubital de la mano. Para duplicaciones óseas que originan polidactilia (con duplicación ósea de la articulación metacarpofalángica, tejido blando) produce resultados satisfactorios. Se requiere reconstrucción con una mínima escisión quirúrgica funcional o estética para todas las formas para lograr una articulación metacarpofalángica estable. De manera cautelosa, la cápsula cubital y la inserción del abductor digiti minimi se transfieren a la base cubital de la fa-

lange proximal del retenido sin reconstrucción articular. Al cosechar el ligamento colateral del dedo residual, se debe levantar una tira de periostio en continuidad con el ligamento distalmente para alargar la cantidad de tejido disponible para transferir².

Clasificación de las polidactilias del pulgar: Duplicaciones del pulgar.

Clasificadas por Wassel, basándose en el nivel de la duplicación ósea. Combinando su nivel (falange distal, falange proximal o primer metacarpiano) y que sea una duplicación incompleta o completa, resultan 6 tipos, a los que añadió un tipo VII, similar al IV pero siendo uno de los pulgares trifalángico. Las exponemos a continuación:

Tipo I: presenta una falange distal bífida con una epífisis común, que se articula con una falange proximal normal. La uña, cuando es única, presenta una anchura superior a lo normal.

Tipo II: con una duplicación completa de la falange distal. La cabeza de la falange proximal suele ser más ancha de lo normal para poder acomodarse a la duplicación. En el esquema de su artículo, Wassel presenta un núcleo epifisario para cada falange distal, pero puede ser único. Ocasionalmente, se asocia un sinfalangismo del pulgar radial.

Tipo III: se caracteriza por una doble falange distal, articuladas con una falange proximal bífida, que a su vez se articula con un único metacarpiano. Al-Qattan et al. reportaron la presencia de sinfalangismo radial en este tipo III.

Tipo IV: es el más frecuente. La duplicación se inicia a nivel de la articulación MF. En el esquema del artículo de Wassel, aparece un único núcleo epifisario que comparten ambas F1, pero en algunos casos existen 2 núcleos epifisarios, no visibles en las radiografías en edades tem-



Figura 1.



Figura 2.

pranas. Al avanzar la maduración ósea, la epífisis común puede adoptar una forma triangular («epífisis delta»). La cabeza metacarpiana puede estar ensanchada⁴.

DIAGNÓSTICO

La polidactilia se puede detectar prenatalmente mediante ultrasonido. De lo contrario, se diagnostica al nacer por el profesional de la salud durante el primer examen físico. Una vez que el recién nacido es diagnosticado con polidactilia, se deben realizar investigaciones radiográficas, incluida una radiografía, para determinar cualquier elemento óseo que pueda estar presente en el dedo extra de los pies y las manos. La radiología también es útil para evaluar un posible síndrome subyacente y observar el esqueleto restante en busca de cualquier otra anomalía esquelética posible. Además, sugiere qué tipo de cirugía se requiere para eliminar el dedo extra. cuando esta deformidad es más severa y hay compromiso óseo, se llama a un cirujano ortopédico pediátrico para que realice el procedimiento².

TRATAMIENTO DE LA POLIDACTILIA RADIAL

El tratamiento quirúrgico de la polidactilia radial depende de la clasificación de Wassel. El tipo I se puede corregir con la separación de Bilhaut-cloquet porque la longitud del pulgar suele ser la misma. Implica la eliminación del exceso de piel, uña y hueso dentro de la parte central del pulgar duplicado. Este procedimiento crea muchos problemas, como la epifisiodesis no intencional (es decir, la fusión prematura de la epífisis y la diáfisis, lo que provoca el cese del crecimiento) y deformidades residuales de la uña, que pueden erradicarse extrayendo la uña de uno de los pulgares. El tipo II facilita la elección por el tamaño, la función, la desviación y la movilización pasiva del pulgar adicional, pero, cuando ambos pulgares son similares, la decisión depende de la anatomía del nervio y el tendón. Esto es necesario para evaluar las inserciones de los tendones extensores y flexores y para evaluar la fuerza de los ligamentos colaterales. También se puede realizar la técnica de separación Bilhaut-cloquet. Para el Tipo III, el cirujano puede ser neutral sobre qué pulgar se elimina, dependiendo de la evaluación estético-funcional².



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 24 años, quien consulta por dolor y dificultad para realizar tareas cotidianas de más o menos 2 años. Paciente quien, sin antecedentes médicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, vicios y manías, al examen físico se observa un pulgar supernumerario.

Se realizan radiografías de mano derecha, (Figura 1 y Figura 2) se observa que paciente cursa con polidactilia del pulgar derecho tipo II. Se prepara para ser llevado a sala de operaciones.

Se realiza una La resección simple la cual solo tiene como indicación un pulgar flotante, generalmente radial, y conectado solo por la piel. Haciendo una pequeña incisión elíptica, para evitar una futura protuberancia cutánea que necesitará ser extirpada (Figuras 3 y 4).

Paciente quien en el manejo post operatorio se coloca inmovilizador de dedo en pulgar derecho, se da egreso con 24 horas de observación. Se cita a los 8 días del egreso, se retiran suturas, paciente con arcos de movilidad adecuados, adecuada cicatrización de herida operatoria (Figura 5).

CONCLUSIÓN

Debido a que la polidactilia es una anomalía congénita común, es necesario que el profesional de la salud tenga conocimiento de ella y comprenda los diversos escenarios en los que se puede presentar. Aunque puede presentarse simplemente como un defecto cosmético, que puede corregirse quirúrgicamente, también puede ser un complejo con otras anomalías. Por lo tanto, es importante que el profesional de la salud hable con los padres sobre los antecedentes familiares y los eduque sobre todos los resultados posibles para su bebé recién diagnosticado. Además, se deben realizar las

investigaciones necesarias para no pasar por alto ningún síndrome subyacente y asegurarse de que se elige el tratamiento quirúrgico adecuado.²

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no refirieron ningún conflicto de intereses en la realización de este reporte de caso.

REFERENCIAS

1. Farrugia MC. Polydactyly : A Review. Published online 2016:135–142.
2. Comer GC, Potter M, Ladd AL. Polydactyly of the Hand. J Am Acad Orthop Surg. 2018;26(3):75–82. doi:10.5435/JAAOS-D-16-00139
3. Calleja-agius J. Polidactilia: una revisión. 1891;3:5–12.
4. de Oliveira R, Ribak S, Irisarri C. Polidactilias del pulgar. Tratamiento quirúrgico. Rev Iberoam Cirugía la Mano. 2016;44(02):118–130. doi:10.1016/j.ricma.2016.09.004