

Sindactilia de manos, pies, plastía sin injerto de piel

Dr. Carlos Navarro Gasparetto.

Dr. Alberto Bardales Lasteros

Dr. Dante Arce Chirinos

Cirugía Plástica Peruana

Vol I Num 3

Enero - Diciembre 1997

Págs 109-112



Resumen

La sindactilia, de las manos o de los pies, es la malformación congénita más común con frecuencia se presenta asociada a otras condiciones como la Acrosindactilia, Síndrome de Poland, Apert y otros. Es más frecuente entre los dedos medio y anular. La técnica quirúrgica empleada utiliza para corregirla colgajos triangulares proximales en las comisuras, seguido de dos colgajos triangulares a lo largo de la fusión de los dedos. En cada lado palmar y dorsal, se retira tejido graso para permitir el cierre de los colgajos cruzados sin tensión, evitando el uso de los injertos de piel. Presentamos 10 casos de sindactilia de manos y 5 casos de sindactilia de pies operados entre agosto de 1987 y mayo de 1997. Los resultados obtenidos desde el punto de vista funcional y estético han sido considerados satisfactorios. Describimos las ventajas del procedimiento.

Palabras claves: Sindactilia.

Syndactilla of the feet and Hands, Graftless repair

Abstract

The most frequent malformation of hands and feet is syndactilia, it often occurs accompanied with other conditions such as Acrosyndactilia, Poland Syndrome, Apert and others. Most frequently the anular and middle fingers. Are affected our technique uses triangular flaps close to the commissures, followed by two triangular flaps alongside the fingers on each dorsal and palmar surfiles, eliminating fat excess the flaps to help closure without tension avoiding the use of skin grafts. We present 10 cases of hand syndactilia and 5 of feet syndactilia, treated between August 1987 and May 1997. Esthetic and functional results are considered satisfactory. We describe the advantages of the procedures.

Key words: Syndactilia.

INTRODUCCION

La Sindactilia es la malformación más común de las manos o pies seguida de la polidactilia, y frecuentemente se presenta asociada a otras condiciones, siendo la más común la acrosindactilia, el Síndrome de Poland, la mano hipoplásica, el Síndrome de Apert y otros. La fusión generalmente se da sólo a nivel de la piel, y los tejidos blandos, siendo más raro el compromiso óseo.

La falta de separación de los dedos es causada por la falta de diferenciación del blastoma mesenquimal, que normalmente debería ocurrir entre la sexta y octava semana de vida intrauterina. Esta falla se puede presentar en forma espontánea.

La incidencia familiar varía entre 10 y 40% según estadísticas publicadas por diversos autores. Se ha demostrado una tendencia hereditaria dominante para los casos que afectan a los dedos medio y anular, que es

justamente el lugar más frecuente donde se presenta la sindactilia tanto en manos como en pies, con una incidencia que varía entre 40 ya 60% de los casos. (Flatt 1977).

Se estima que la incidencia de la sindactilia es de uno por cada 2000 a 2500 partos y que se presenta en forma bilateral y simétrica en el 50 % de los casos. Además tiende a ocurrir más frecuentemente en el sexo masculino, con una preponderancia de 2 a 1.

La sindactilia se clasifica según el grado de fusión de las partes blandas y la presencia o ausencia de la parte ósea. La extensión de la fusión determina si se trata de una sindactilia completa o incompleta. En la forma completa la fusión de los tejidos va desde la base de los dedos y los casos más severos pueden tener una sola uña en común. Adicionalmente se define la sindactilia como **simple** cuando la fusión contiene sólo tejidos blandos, mientras que se considera **compleja** cuando

además presenta anomalía de los elementos óseos, vasculares o tendinosos. Mientras más cerca están los dedos fusionados, es más probable que se presenten anomalías de nervios, vasos o tendones.

Muchas son las técnicas que se han descrito para corregirlas desde fines de 1800, pero las técnicas más modernas y mejor establecidas datan de fin de la década del cincuenta y tienen ciertos puntos en común: Reconstrucción de la comisura interdigital mediante colgajos proximales triangulares o rectangulares, incisiones en zig zag o cuadrangulares a lo largo de la línea de los dedos, uso de injertos de piel para cubrir las zonas donde no se alcanza a cubrir con los colgajos de tejido local.

En el presente trabajo describimos la técnica para reconstruir la sindactilia evitando el uso de los injertos de piel.

TECNICA QUIRURGICA

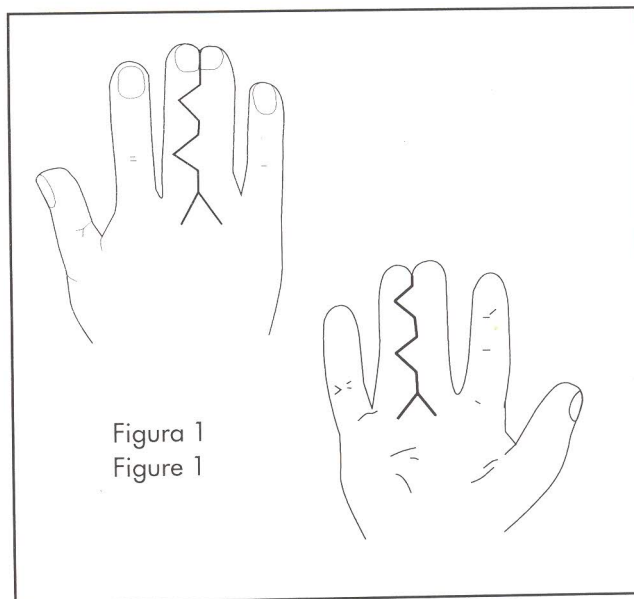
Se inicia con un diseño de dos colgajos triangulares distribuidos a lo largo de todo el dedo, cuya orientación de los vértices en el lado dorsal van hacia el borde cubital. En el dedo palmar los mismos colgajos de similar tamaño y forma tienen también los vértices orientados hacia el lado radial en sentido contrario al anterior, de tal manera que cuando los colgajos son levantados vayan a ocupar su lugar en forma simétrica. En la base de ambas comisuras, tomando como referencia las prominencias de la unión metacarpofalángica de los dedos adyacentes, se diseña un colgajo triangular en el dorso y otro similar en la cara palmar, los mismos que al ser cruzados en la base de los dedos, formen la comisura. (Nakamura 1989, Karacaoglan 1993), (figura 1, figura 2).

En los casos de sindactilia simple, donde no hay compromiso de hueso u otras estructuras como tendones, vasos o nervios, es posible realizar esta plástia sólo utilizando los colgajos triangulares mencionados, sin necesidad de recurrir a injertos de piel. Para cumplir con este objetivo es necesario disminuir el volumen de tejido graso de los dedos comprometidos sin dañar los pedículos vasculares, de tal forma que los colgajos no tengan tensión al momento de suturarlos. En estas condiciones, la mayoría de casos son resueltos sin necesidad de recurrir a los injertos de piel, que por bien que se efectúe siempre, se verán como injertos. Se trata de emplear suturas reabsorbibles a fin de evitar incomodidades a los pacientes. El tratamiento es similar en pies como en manos. (figuras 3a-c, 4a-d).

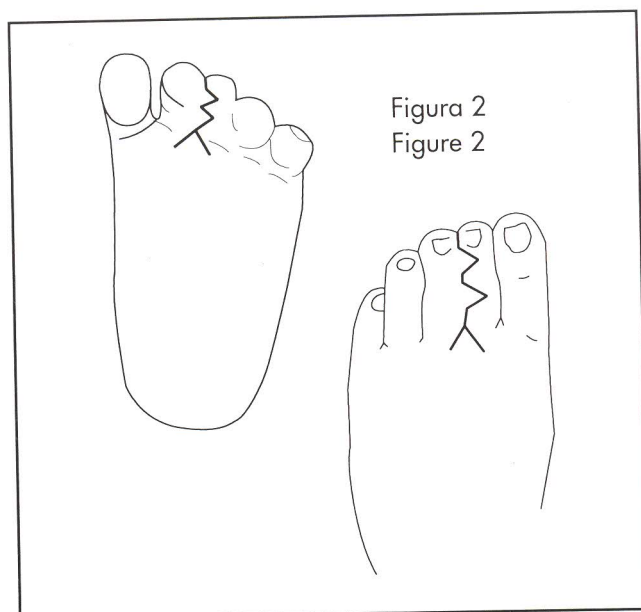
RESULTADOS

Los resultados obtenidos en 15 pacientes operados, 10 en las manos y 5 en los pies, han sido satisfactorios, desde le punto de vista funcional como estético.

Diseño preoperatorio en la sindactilia de manos *Preoperative design in Hand syndactilia*



Diseño preoperatorio en la sindactilia del pie *Preoperative design in syndactily of the foot*



DISCUSION

El tratamiento de la sindactilia requiere un buen juicio clínico y una buena habilidad técnica para llevarla a cabo sin causar daño a futuro y lograr el mejor resultado tanto funcional como estético en la primera intervención. Es preferible completar la reparación antes de que el niño pueda entrar a la etapa escolar por los múltiples problemas psicológicos.

En cuanto al momento en que se debe operar, es necesario considerar que cuando dos dedos de diferente longitud están unidos, el más largo va a desarrollar una contractura flexora si se deja más de 1 año sin operar. Esto en casos de sindactilia entre el pulgar y el índice se debe operar antes de los 6 meses de edad. En general, la separación no debe demorar más de año y medio para evitar problemas.

En la mayoría de técnicas quirúrgicas se emplean colgajos triangulares o rectangulares tanto para las comisuras como para los dedos, quedando casi siempre con un déficit de tejido que necesita completarse con un injerto de piel ya sea total o parcial. Algunos prefieren darle mayor cantidad de piel al diseñar las incisiones a uno de los dedos de tal manera que sólo uno recibe los injertos de piel. Los resultados funcionales son satisfactorios, sin embargo estéticamente los injertos siempre se observan como tales. (Toledo 1979).

Los pacientes en los cuales hemos utilizado la técnica descrita, no han requerido injertos de piel, debido a que, antes de suturar colgajos, se ha retirado la mayor cantidad de tejido graso de las zonas, maniobra que se realiza sin dañar los elementos neurovasculares de los dedos comprometidos, lo que nos da un mejor resultado estético. No es recomendable operar ambas manos a la vez, ni tampoco denudar un solo dedo en ambos lados en el mismo tiempo operatorio, a fin de no comprometer la circulación.

Sindactilia de pies. Preoperatorio
Feet syndactilia. Preoperative



Figura 3A / Figure 3A

Diseño de Los Colgajos
Flap's design

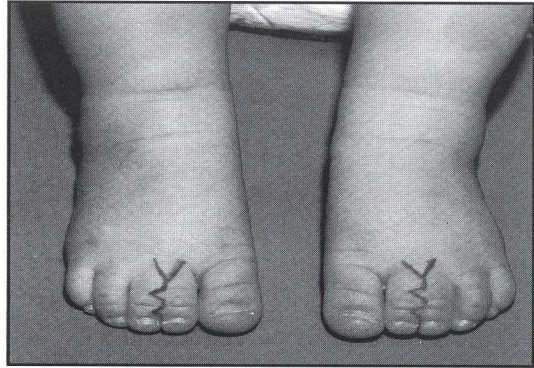


Figura 3B / Figure 3B

Postoperatorio inmediato
Immediate postoperative

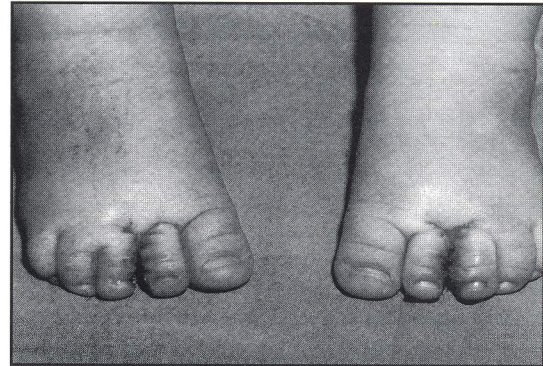


Figura 3C / Figure 3C

BIBLIOGRAFIA

1. Flatt, Adrian. "The care of Congenital Hand Anomalies". The C.V: Mosby Company. 1977.
2. Nakamura, J., Yanagaa, H, Kubo, E, Endo, T., "New modified method for the surgical treatment of syndactyly". *ann. Plast. Surg.*, 23: 511-8, 1989.
3. Karacaoglan, N., Velidedeoglu, H, Cicekci, B., Bozdogan, N., Sahin, Ü., and Türkgüven. "Reverse W-M plasty in the repair of congenital syndactyly: a new method". *British Journal of Plastic Surgery.* 46, 300-302. 1993.
4. Toledo, L,C, Ger, E. "Evaluation of the operative system of syndactyly". *Ann. Plast. Surg.*, 23: 511-8, 1989.

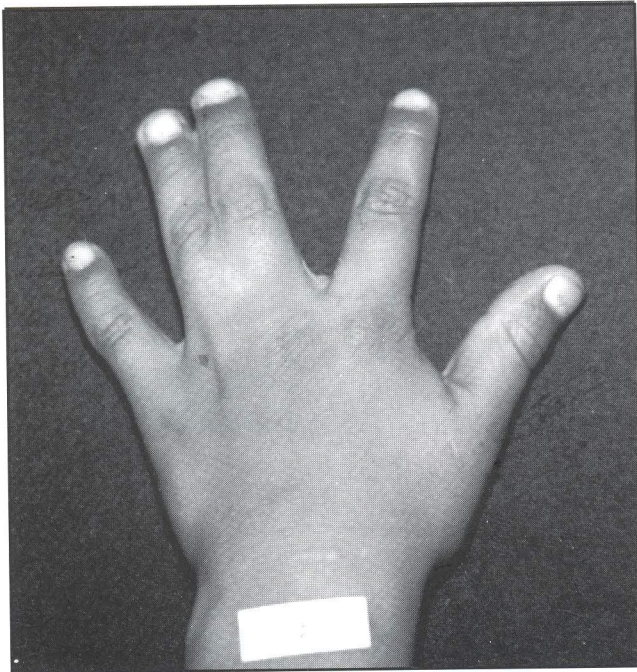


Figura 4a: Preoperatorio cara dorsal
Figure 4a: Preoperative dorsal side



Figura 4b: Postoperatorio. El tejido graso obtenido tiene casi el tamaño de otro dedo.
Figure 4b: Postoperative. The excess fat obtained is almost the size of another finger.

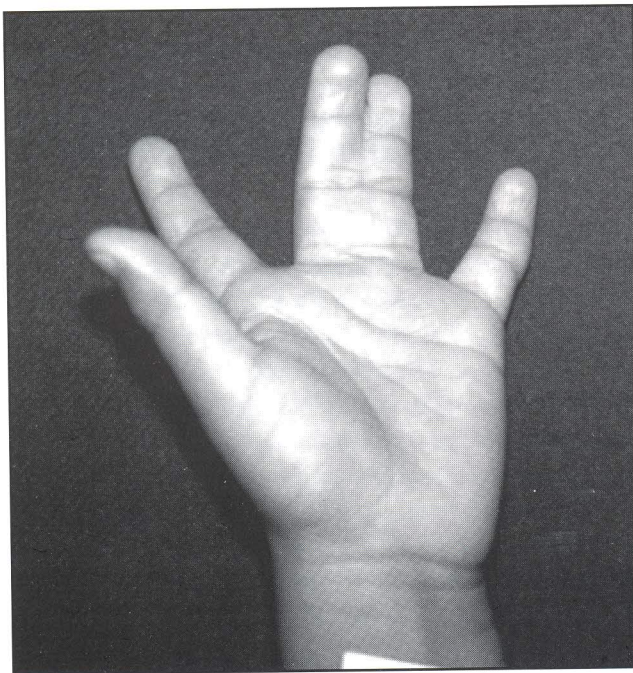


Figura 4c: Preoperatorio cara palmar
Figure 4c: Preoperative palmar side

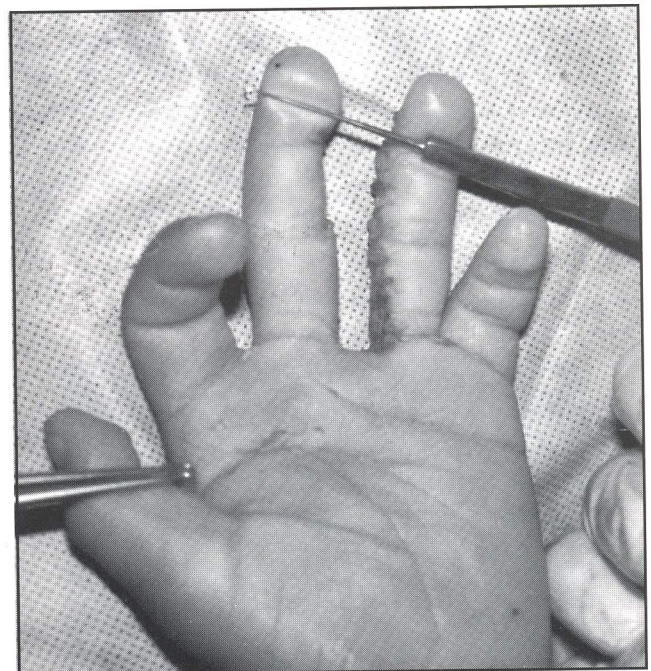


Figura 4d: Postoperatorio inmediato
Figure 4d: Immediate Postoperative