

AMPUTACIONES TRAUMATICAS DE LOS DEDOS



Juan José Domínguez Amador

AMPUTACIONES

Definitivas

Transitorias

Muñón lo más satisfactorio posible

Cobertura
cutánea
adecuada

Ausencia de
dolor

Tto específico de nv
colaterales

sensibilidad

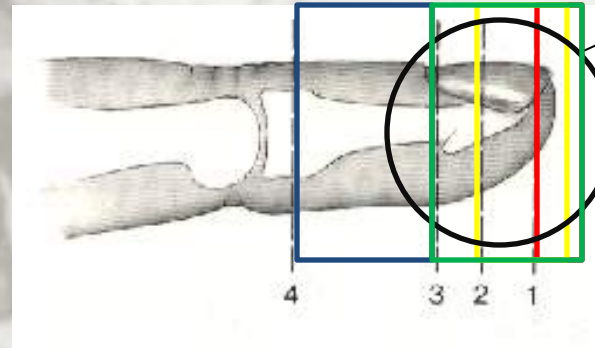
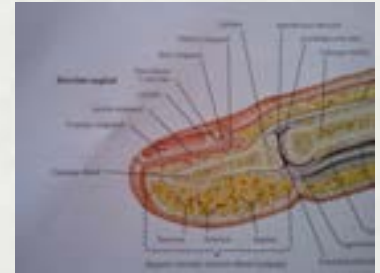
movilidad

Depende: art. Bajo el muñón
ap. Tendinoso
sección ósea



AMPUTACIONES DE LA FALANGE DISTAL

- Si se puede hay que conservarla ➡ importancia funcional
- Siempre amputación definitiva



Intentar conservar longitud restante de la falange

Zona 1-2: El complejo ungueal puede intentar conservarse

Zona 3: exéresis de la matriz ungueal

Zona 3-4: regularización de epífisis distal 2ª falange

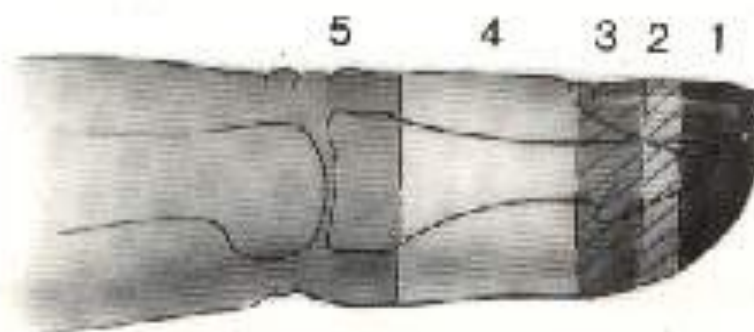
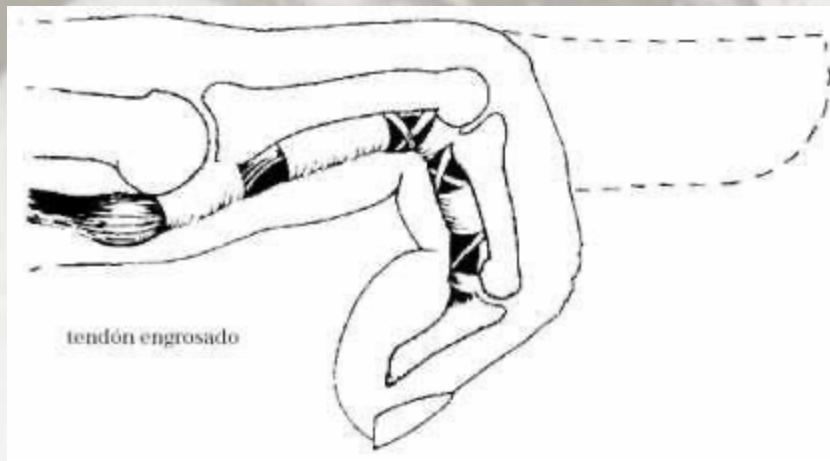


Fig. 10-2. *Nivel e indicaciones de las amputaciones definitivas de la falange distal (dedo largo).*

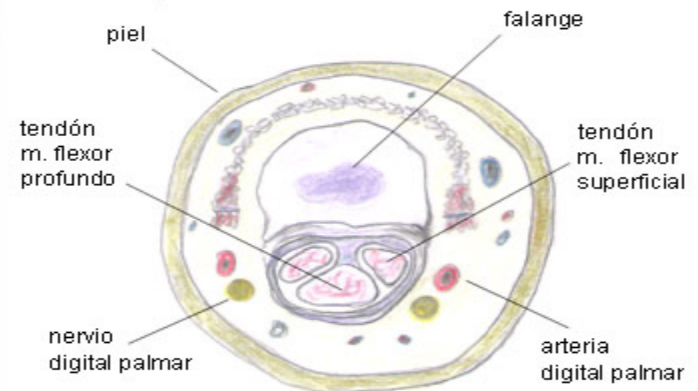
1. Conservación de la uña y reconstrucción pulpar con colgajo sensible.
2. Conservación discutible de la uña.
3. Conservación de la tercera falange. Eventual reconstrucción por colgajo sensible. Esterilización ungueal.
4. Conservación discutible de la tercera falange. Esterilización ungueal.
5. Conservación de la tercera falange contraindicada. Amputación en la epífisis distal de la segunda falange.

AMPUTACIONES DE LA FALANGE MEDIA

2 segmentos → Epífisis distal
diáfisis } distal a la inserción del tendón superf.
proximal a la inserción tendón superf.



© www.arydol.es



Epífisis distal

Nivel ideal de amputación

- Valvas cutáneas asimétricas: palmar > dorsal
- Remodelado óseo
- Localizar → tendón flexor profundo y resección proximal
cintillas laterales de ap.extensor

Mejor acorchamiento
y adaptación

Sd de la Cuádriga de Verdan



- Localizar y disección → art. Colaterales
ramas nerviosas

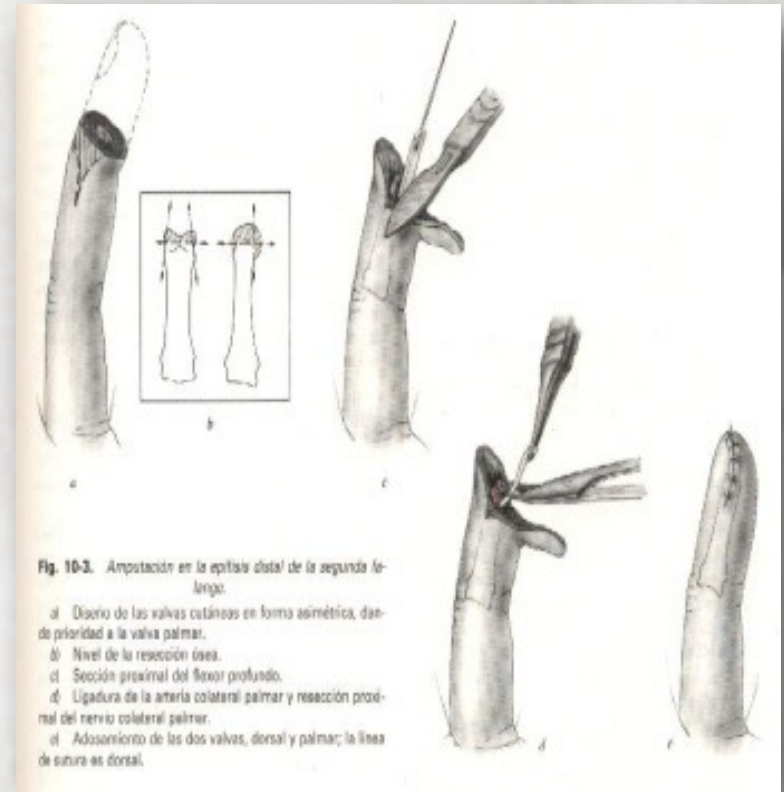


Fig. 10-3. Amputación en la epífisis distal de la segunda falange.

- a) Diseño de las valvas cutáneas en forma asimétrica, dando prioridad a la valva palmar.
- b) Nivel de la resección ósea.
- c) Sección proximal del flexor profundo.
- d) Ligadura de la art. Colateral palmar y resección proximal del nervio colateral palmar.
- e) Adosamiento de las dos valvas, dorsal y palmar; la línea de sutura es dorsal.

Diáfisis

a) Distal a la inserción del flexor superficial



Existen inserciones tendinosas



Conservar fragmento diafisario residual



Buena
funcionalidad

b) Proximal a la inserción del flexor superficial



No hay inserciones tendinosas

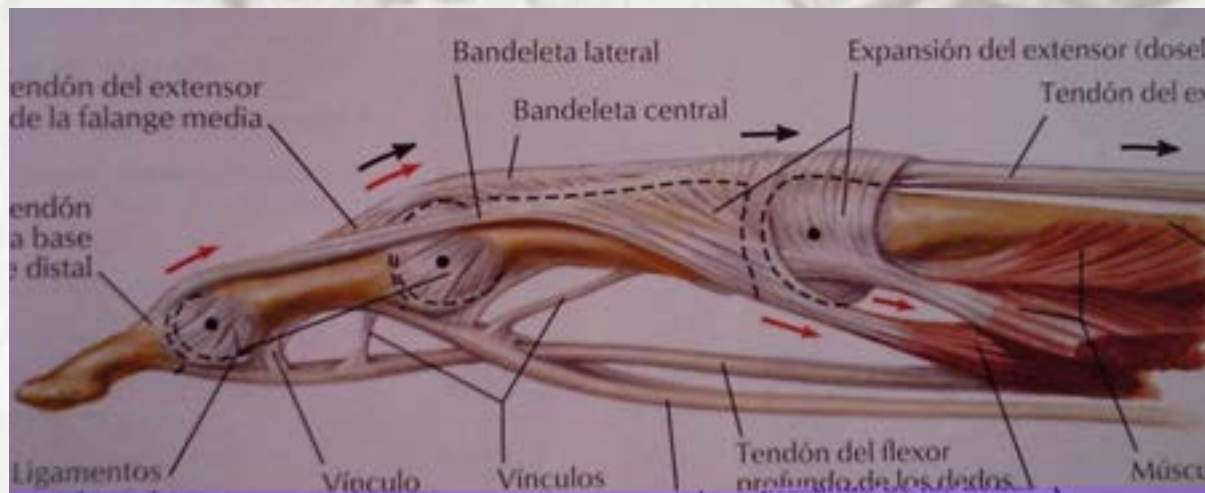


Resecar fragmento residual



Mala
funcionalidad

Si existen partes blandas suficientes puede respetarse el fragmento diafisario residual por estética



AMPUTACIONES DE LA FALANGE PROXIMAL

Epífisis distal

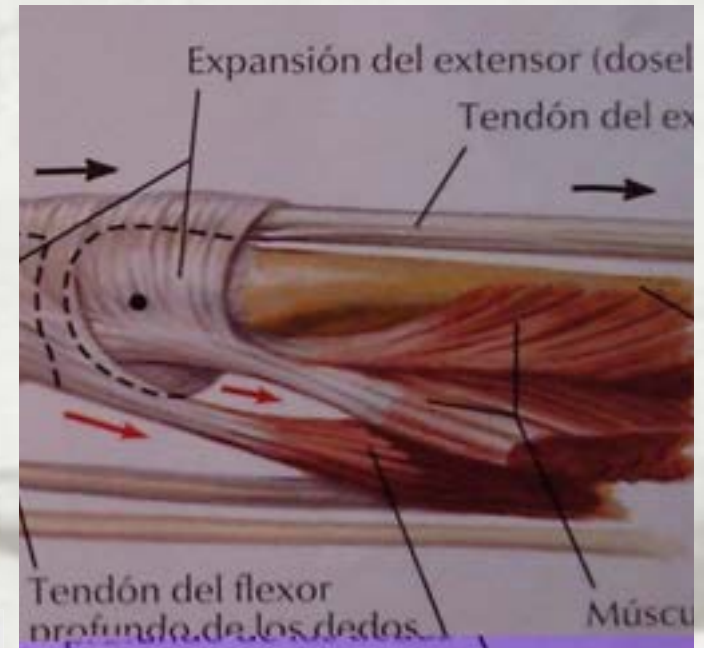
Nivel ideal de amputación

No existen inserciones de los flexores
pero si del **extensor común e intrínsecos**

FUNCIONALIDAD

Prensión digitopalmar

Prensión global



Diáfisis

Si se conserva mitad proxima → preservar participa en el ancho global de la mano
metáfisis proximal → resecar: poca funcionalidad

AMPUTACIONES DEL PULGAR

Cada milímetro importa!!



Aunque en principio deben seguirse las mismas técnicas y bases que para el resto de los dedos, en el pulgar debemos **conservar lo máximo que podamos**

40-50% de la capacidad *funcional* de la mano

Pinza fina

“pinza llave”

Prenhensión
digital
cilíndrica



El extremo del “nuevo pulgar” debe llegar a la IFP del dedo largo adyacente cuando el pulgar esté adducido

Prioridades de reconstrucción(Foucher):

- 
- Ausencia de dolor
 - Estabilidad
 - Sensibilidad
 - Movilidad
 - Fijación de la cobertura al hueso
 - Apariencia



MÉTODOS DE RECONSTRUCCIÓN



Cicatrización dirigida

Lo 1º en la que debemos pensar

Se basa en la evolución espontánea de la herida

INDICACIONES

Pérdidas de sust. Superficiales del pulpejo

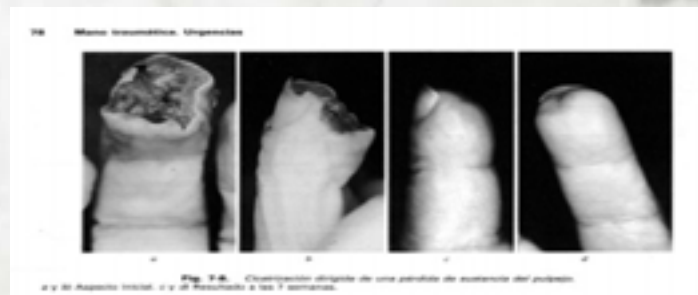
Amputación en zona I

Ciertas amputaciones en zona II(tej.adyacente viable)

limpieza local+resección+apósito graso

→ apósito de corticoides 3veces/sem

-Hiperestesias? →desensibilización



Acortamiento y sutura

Cuando el resto de falange existente es $<2-3\text{mm}$



Colgajos locales

-Como norma general deben realizarse en quirófano.

-Algunos de los mas usados:

Colgajo de Atasoy

Colgajo de Kutler

Colgajo de Hueston

Colgajo de Venkataswami

Colgajo de Atasoy

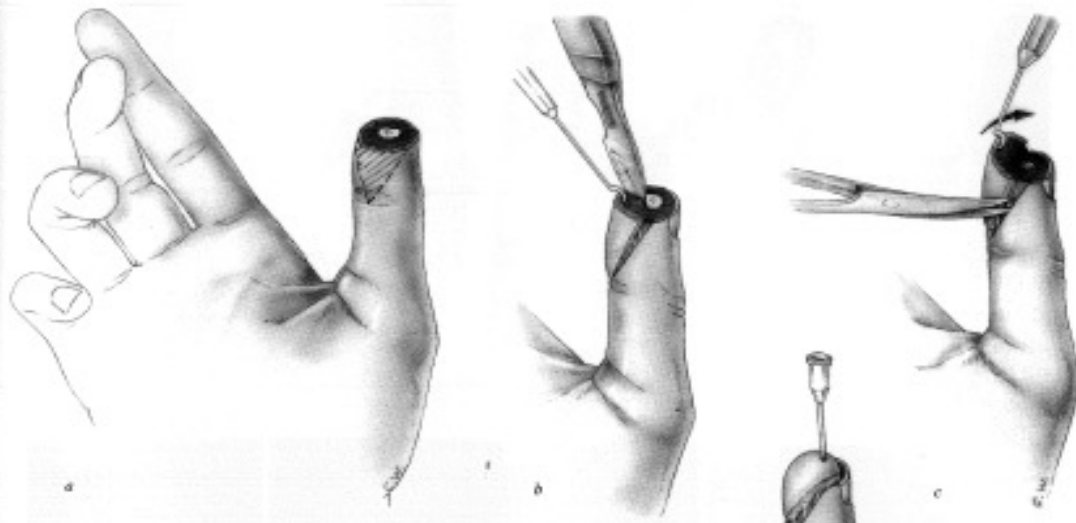


Fig. 7-10. Colgajo de Atasoy.

- a) Diseño del colgajo.
- b) Liberación de la cara profunda.
- c) Sección de los tabiques fibrosos.
- d) Fijación del avance por medio de una aguja transósea.

Fig. 7-11. Colgajo de Atasoy.

- a) Pérdida de sustancia, distancia del pulpejo y lecho ungüeo.
- b) Colgajo de Atasoy y fino injerto del lecho ungüeo.
- c) Resultado.

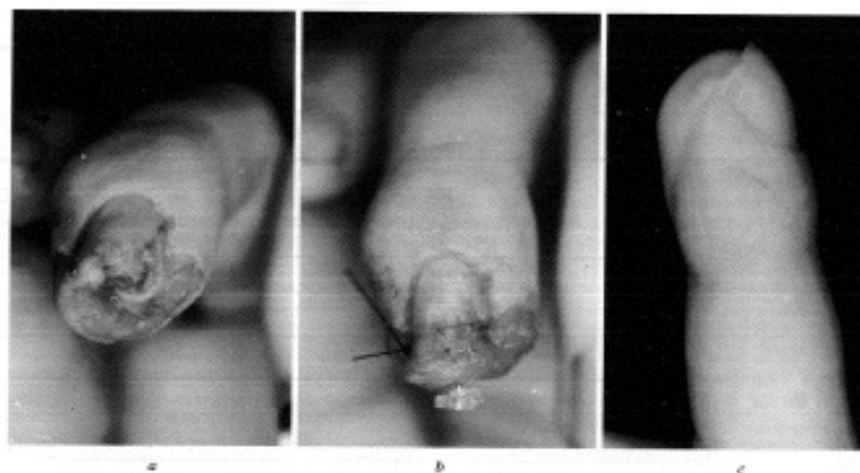
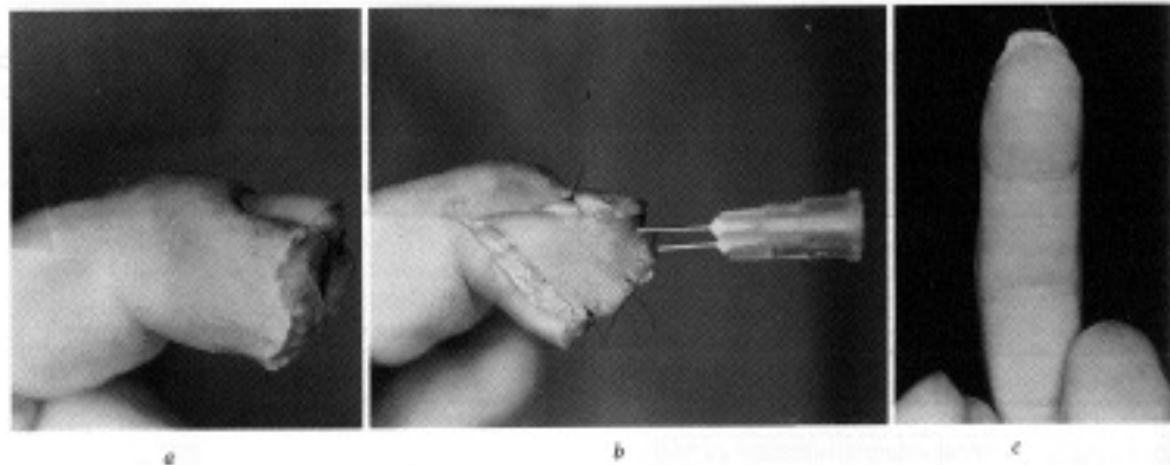
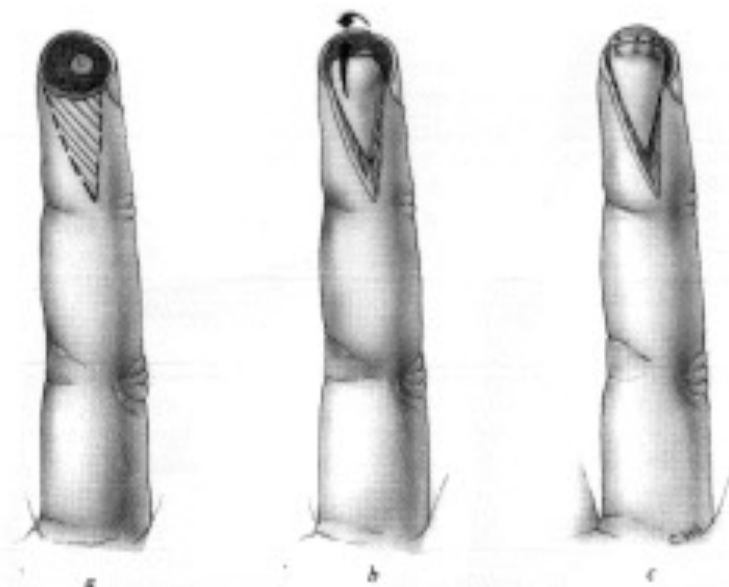


Fig. 7-11

Colgajo de Kutner



Colgajo de Hueston

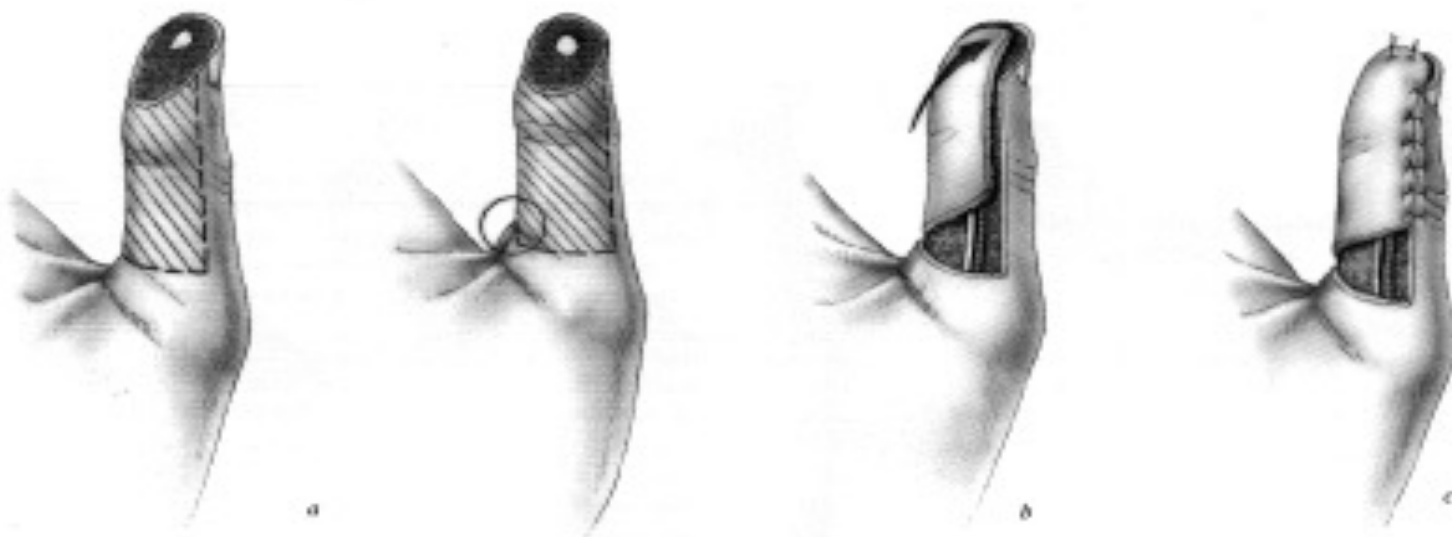
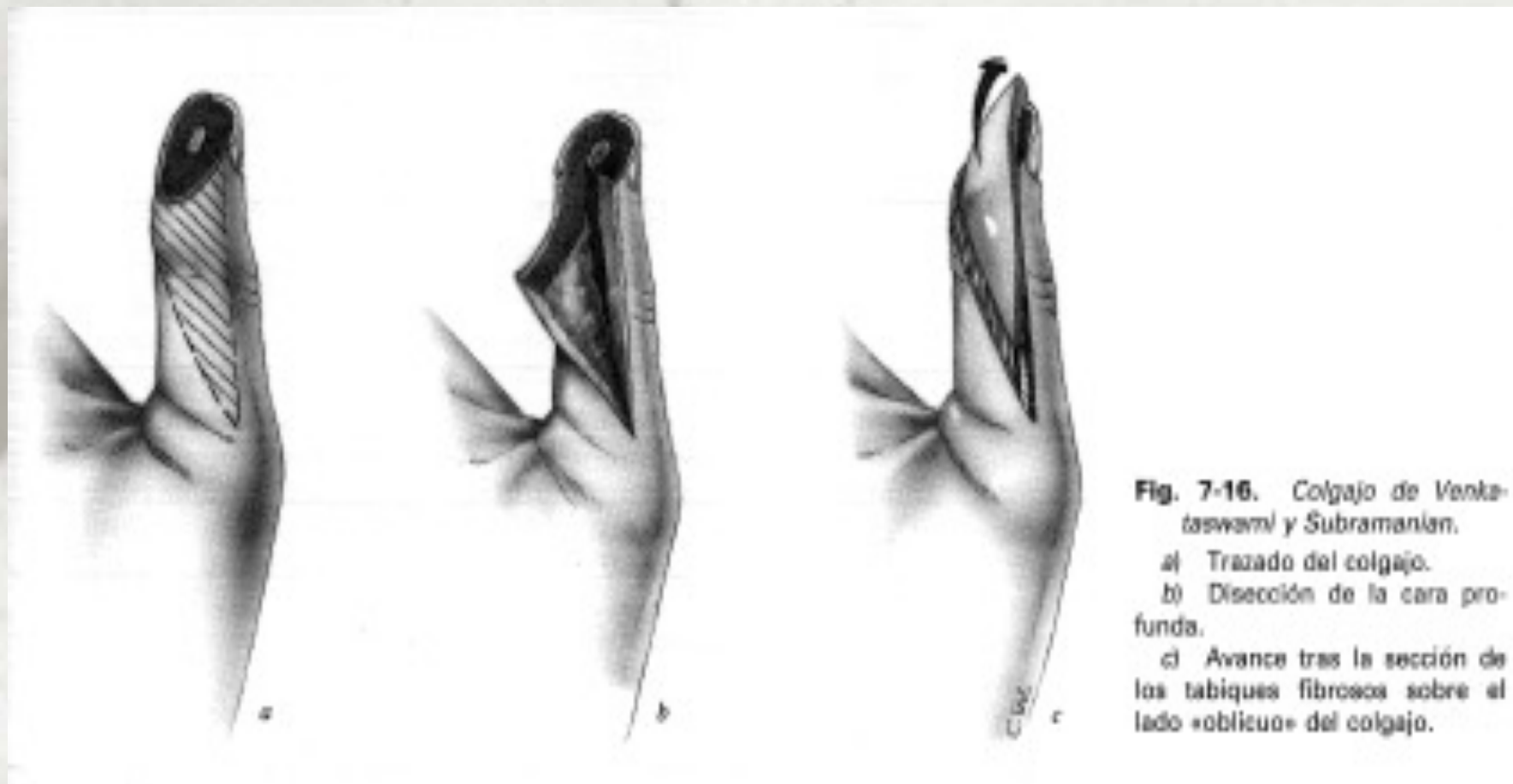


Fig. 7-14. Colgajo de Hueston (pulgar derecho).

- a) Trazado del colgajo.
- b) Realización de un back-cut.
- c) Avance-rotación. El primer pedículo que se encuentra se «abandona» en profundidad.
- d) Fijación del avance.

Colgajo de Venkataswami



Continuará...



JJFEZ 2001

GRACIAS