

Tenosinovitis piógena de dedo tras picadura de insecto

Loscos S, Cortina J, Díez I, Pozo C, Reverter V
Hospital Universitari Sagrat Cor (Barcelona)
Unidad Cirugía Muñeca y Mano

Hospital
Universitari
Sagrat Cor

Introducción. Presentamos el caso de un varón de 40 años con antecedentes de asma bronquial que presenta tumefacción y dolor de 48 horas de evolución en dedo índice tras picada de insecto no identificado (Fig 1). En su llegada a urgencias presenta fiebre de 38'1°C y signos de Kanavel positivos. Analíticamente presenta leucocitosis de 21,400/ml, PCR de 91.4mg/L. Se orienta el caso como una tenosinovitis flexora piógena del dedo índice y se decide desbridamiento quirúrgico.



Figura 1. Signos de Kanavel positivos: Dolor en trayecto de la vaina tendinosa, edema simétrico del dedo, dolor en extensión pasiva y postura en flexión del dedo.

Objetivo. En la literatura se recogen múltiples abordajes quirúrgicos para el tratamiento de la tenosinovitis piógena. El abordaje abierto de la vaina digital se ha considerado el tratamiento clásico que permite una amplia exposición del canal sinovial para su limpieza. Su principal inconveniente es la lesión de las poleas flexoras y mayor adherencias tendinosas. Para disminuir su aparición presentamos un caso en el que se optó por el abordaje cerrado descrito por Neviaser mediante doble incisión palmar.

Material y método. Tras bloqueo regional e isquemia, se realiza abordaje palmar sobre la articulación interfalángica distal, realizando apertura de la polea flexora A5 (Fig 2). Se evidencia abundante líquido purulento que se envía a cultivo y se canaliza una sonda nasogástrica neonatal hasta la polea flexora A1 que se accede mediante otro abordaje palmar sobre la articulación metacarpofalángica (Fig 3). Se realiza lavado exhaustivo con suero fisiológico y se sutura la piel con nylon 3-0 (Fig 4). Postoperatoriamente se inicia cobertura antibiótica empírica endovenosa con gentamicina 240mg/24h y amoxicilina-clavulánico 875/125mg cada 8 horas.



Figura 2. Apertura de polea A5, exudación de líquido purulento. A través de esta apertura se canaliza una sonda nasogástrica neonatal.



Figura 3. Apertura de polea A1 y lavado-aspiración con sonda nasogástrica neonatal.



Figura 4. Cierre de la heridas palmares

Resultado. El paciente mejoró clínica y analíticamente (leucocitos de 7.600/ml, PCR 2.4mg/L) a los 10 días postoperatorios. Los cultivos intraoperatorios fueron positivos para *Streptococcus pyogenes* sensible a la penicilina y, tras el tratamiento antibiótico endovenoso, el paciente fue dado de alta con antibioterapia oral con amoxicilina/clavulánico 875/125mg/8h hasta completar 4 semanas (Fig 5).



Figura 5. El paciente empieza pautas de rehabilitación desde el día del alta. A las 4 semanas postoperatorias el paciente presenta una extensión de -15° MTCT y -10° IFD. A los 6 meses postoperatorio el paciente recupera completamente el balance articular y realiza vida normal sin limitaciones.

Conclusión. El abordaje cerrado de Neviaser es una buena alternativa para el desbridamiento de la tenosinovitis flexora piógena ya que permite iniciar una pauta de rehabilitación precoz evitando adherencias y rigideces postoperatorias.

Referencias

- Giladi A, Malay S, Chung K. Management of acute pyogenic flexor tenosynovitis: Literature review and current trends. J Hand Surg Eur2015;40(7):720-728
- García-Martínez L. Pyogenic flexor tenosynovitis: experience in Central University Hospital of Asturias. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana - Vol. 42 - Nº 2 de 2016
- Neviaser RJ. Closed tendon sheath irrigation for pyogenic flexor tenosynovitis. Hand Surg Am. 1978 Sep;3(5):462-6.

Conflicto de intereses. Declaro no tener ningún conflicto de interés.



55 CONGRESO
secot