

# Bloqueo de la articulación metacarpofalángica por osteofito de la cabeza del metacarpiano

A. FERRERES CLARAMUNT, S. SUSO VERGARA, J. M. ARANDES RENU y R. RAMON SOLER

*Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Clinic y Provincial de Barcelona. Universidad de Barcelona.*

**Resumen.**—Se presenta el caso de una paciente de 79 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro con un bloqueo de la articulación metacarpofalángica (MF) del dedo medio ocasionado por un osteofito en la cara cubital de la cabeza del tercer metacarpiano. El estudio radiológico permitió observar la presencia del osteofito y su extirpación permitió recuperar la normal excursión del ligamento colateral cubital de la art. MF y la extensión completa de la articulación.

## METACARPOPHALANGEAL JOINT LOCKING DUE TO AN OSTEOPHYTE OF THE METACARPAL HEAD

**Summary.**—A 79 years old woman that presented her middle finger metacarpophalangeal joint blocked in flexion because and osteophyte on the dorsal-ulnar aspect of the head of the metacarpal is presented. Diagnostic was established after radiological study. Resection of the osteophyte allowed the ulnar collateral ligament come back to its normal excursion and complete extension of the joint was regained.

## INTRODUCCIÓN

El bloqueo de origen articular de una articulación metacarpofalángica (MF) es poco frecuente, y debe ser distinguido, sobre todo, del bloqueo de origen tendinoso originado por un dedo en resorte (1).

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 79 años que acudió a nuestro servicio de urgencias por presentar imposibilidad de extender completamente la articulación MF del dedo medio de su mano derecha tras cerrar una botella. Clínicamente se observaba un déficit de extensión de 30° y una desviación cubital de la MF del dedo medio (fig. 1). El estudio radiológico permitió observar la presencia de un osteofito en la cara cubital de la cabeza del tercer metacarpiano (fig. 2) que supuestamente había originado la luxación palmar del ligamento colateral cubital de la MF.

### *Correspondencia:*

Dr. A. FERRERES CLARAMUNT  
Villarroel. 170  
08036 Barcelona

Se realizó un intento suave de reducción después de realizar una infiltración intraarticular con anestésico local, que resultó infructuoso. Tras ello se decidió practicar una exploración quirúrgica que se llevó a cabo mediante bloqueo plexular y hemostasia preventiva con manguito neumático, a través de un acceso dorsal curvilíneo centrado sobre la cabeza del metacarpiano y realizando la artrotomía a través de la expansión cubital de la cofia del extensor. Se observó la luxación palmar del ligamento colateral cubital por debajo de un gran osteofito de la cara dorsal y cubital de la cabeza del tercer metacarpiano (fig. 3). Se resecó el osteofito y se consiguió la extensión completa. A los dos días de postoperatorio se permitió la movilidad activa con un imbricado entre los dedos medio y anular, recuperando la movilidad activa completa (fig. 4).

## DISCUSIÓN

El primer problema que plantea un bloqueo de la MF es el diagnóstico diferencial con un dedo en resorte (5). Clínicamente se diferencian porque en el bloqueo de la MF se puede lograr una extensión completa de las interfalángicas que no están afectadas y en el dedo en resorte si existe un déficit de extensión de la interfalángicas. Radiológicamente no se aprecia ninguna alteración articular si el bloqueo es debido a un dedo en resorte. Si se confirma

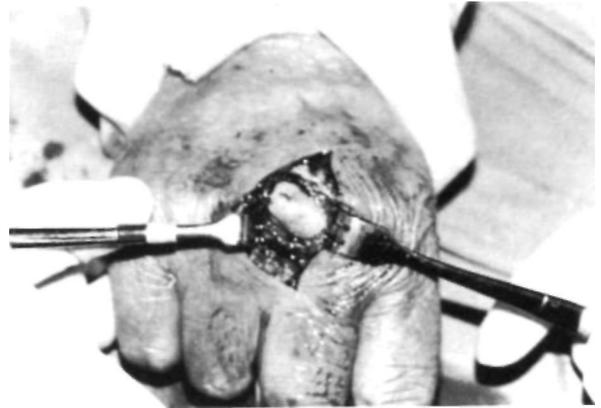


**Figura 1.** Déficit de extensión del dedo medio.

radiológicamente la presencia de un osteofito y no se refieren antecedentes de bloqueo, debe intentarse una reducción cerrada, muy suave, aprovechando la insuflación articular con el anestésico local (2, 3). No obstante, hay autores que desaconsejan



**Figura 2.** Se observa una protuberancia en la cara cubital de la cabeza del tercer metacarpiano.



**Figura 3.** Se observa el osteofito en la parte dorsal y cubital de la cabeza del tercer metacarpiano.

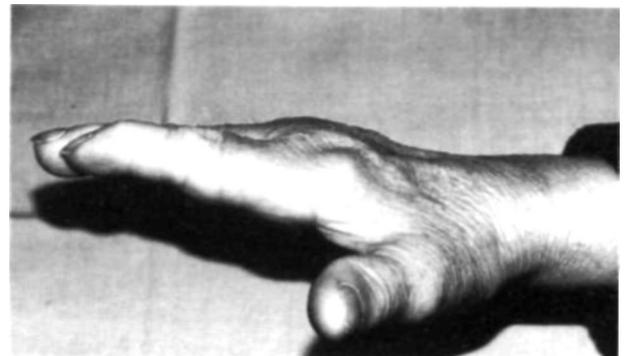
este intento en razón de las lesiones que puedan originarse (4, 5). Tampoco creemos que deba intentarse si el bloqueo fuera originado por una fractura osteocondral o un cuerpo extraño.

Los bloqueos de la MF han sido clasificados por Harvey (4) de la siguiente manera:

— Degenerativos, los más frecuentes y constituyen 32 de los 55 casos descritos en la literatura recientemente revisada por Lahoud (6). A esta categoría pertenece el caso descrito por nosotros. El dedo afectado con más frecuencia es el dedo medio y la edad de los pacientes superior a los 55 años y con degeneraciones artrósicas en las manos.

— Espontáneos, debidos a alguna prominencia congénita en la cabeza del metacarpiano. Más habitualmente sobre la cara radial del segundo metacarpiano y en pacientes jóvenes.

— Diversos, más raros, debidos a fracturas osteocondrales, cuerpos extraños, tumores de la placa palmar, etc.



**Figura 4.** Extensión completa tras la resección del osteofito.

## CONCLUSIONES

Tras el correcto diagnóstico etiológico del bloqueo, puede intentarse una reducción cerrada con la condición imperativa de que ésta sea muy suave.

De no ser posible, en los casos debidos a alteraciones degenerativas, la extirpación del osteofito conlleva la solución del problema consiguiendo una recuperación completa de la movilidad articular.

## Bibliografía

1. **Eaton RG (Ed).** Joint Injuries of the Hand. Chales C. Thomas. Springfield, 1971.
2. **Day GJ, Eaton RG.** Dislocations and Ligament Injuries in the Digits. En: Green DP (ed): Operative Hand Surgery. New York: Churchill Livingstone Inc, 1993; 767-98.
3. **Posner MA, Langa V, Green SM.** The locked metacarpophalangeal joint. Diagnosis and Treatment. J Hand Surg 1986; 11-A: 249-51.
4. **Harvey FJ.** Locking of the metacarpophalangeal joints. J Bone Joint Surg 1974; 56-B: 156.
5. **Inoue G, Nakamura R, Miura T.** Intra-articular fracture of the metacarpal head of the locked index finger due to forced passive extension. J Hand Surg 1988; 13-B: 320.
6. **Lahoud EC, Asselineau A, Aboufarah F, Bombart M.** Blocages de la metacarpo-phalangienne d'origine articulaire: Revue de la literature a propos d'un cas. Ann Chir Main 1993; 12: 220-5.