



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Ortega Pérez, S.; Aguilar Sánchez, M.; Cañizo Fernández, D.; Guerra García de Celis, A.;
Pérez Pérez, A.

Dedo en resorte congénito en un lactante

Pediatría Atención Primaria, vol. XIII, núm. 49, enero-marzo, 2011, pp. 175-177

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638728016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Dedo en resorte congénito en un lactante

S. Ortega Pérez, M. Aguilar Sánchez, D. Cañizo Fernández,

A. Guerra García de Celis, A. Pérez Pérez

Pediatras de Atención Primaria. Servicio de Pediatría. CS de Arucas.

Área norte de Gran Canaria. Servicio Canario de Salud.

Señor editor:

El dedo en resorte congénito se debe a la constricción de la polea A1 y a un nódulo reactivo en el tensor flexor¹.

No suele estar presente en el nacimiento, pero sí aparece un poco después^{1,2}. Suele pasar desapercibido hasta los seis meses de vida³. No se asocia a otras malformaciones.

El dedo, más que con efecto resorte, se encuentra en flexión permanente, no siendo posible la extensión completa¹. La exploración no es dolorosa. Suele ser unilateral y es más frecuente en el pulgar.

Presentamos el caso de un varón de cuatro meses; durante la revisión del niño sano, la madre refiere que el cuarto dedo de la mano izquierda del lactante se mantiene siempre flexionado y que teme tocárselo, ya que cuando intenta estirárselo le nota un crujido.

do. Refiere no haber existido traumatismo previo.

Antecedentes personales sin interés.

Antecedentes familiares sin interés.

En la exploración se aprecia el cuarto dedo de la mano izquierda flexionado, flexión de las articulaciones interfalángicas. Sin signos inflamatorios ni hematoma. No es doloroso a la palpación.

Al intentar extender el dedo se consigue reducir apreciándose un resalte previo a la extensión del mismo y un chasquido. La reducción no es dolorosa. Tras mantener el paciente el dedo extendido durante un breve periodo de tiempo (minutos, segundos) el dedo vuelve a la posición original de flexión de las articulaciones interfalángicas (figura 1).

El resto de la exploración por órganos y aparatos fue rigurosamente normal.

Silvia Ortega Pérez, silviaorteg@hotmail.com

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Figura 1. Dedo en resorte congénito del paciente sin reducir.



Al paciente se le diagnosticó de dedo en resorte congénito.

Fue derivado al Servicio de Traumatología y Rehabilitación, donde se confirmó el diagnóstico y se inició fisioterapia.

El paciente fue tratado hasta los dos años de vida con fisioterapia y férula pero, dado que no evolucionó de forma óptima, finalmente se intervino quirúrgicamente, evolucionando favorablemente hasta la actualidad.

El dedo en resorte congénito presenta diferencias con el dedo en resorte de los adultos. En primer lugar, es raro el engatillamiento que se evidencia clínicamente; además, el engrosamiento y los cambios proliferativos se producen en el tendón, más que en la vaina. En la cirugía suele hallarse un engrosa-

miento nodular del tendón (nódulo de Notta)³.

El dedo que suele afectarse es el pulgar y en raras ocasiones se afectan otros dedos; esta es otra característica que lo diferencia del adulto.

En nuestro caso, que el dedo en resorte congénito afecte al cuarto dedo en vez de al primero es una de las características que hace más interesante este caso.

Inicialmente, se debe adoptar una actitud expectante, ya que al año de edad se resuelve un tercio de los casos¹. El destechamiento quirúrgico de la polea A1 proporciona muy buenos resultados^{4,5}. La intervención quirúrgica, en caso de que sea necesaria, debería realizarse antes de los cuatro años.

Bibliografía

- 1.** Sarmentero Ortiz E, Castello Fortet JR. Mano congénita. En: Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (eds.). Manual de Cirugía Plástica. Madrid: SECPRE [consultado el 03-10-2008]. Disponible en: <http://www.secpre.org>. Acceso al manual restringido a miembros de la sociedad.
- 2.** De Smet L, Steenwerckx A, Van Ransbeeck H. The so-called congenital trigger digit: further experience. *Acta Orthop Belg*. 1998;64(3):306-8.
- 3.** Moreno González EJ, Fonseca Valero R, Díaz Gómez A. Tenosinovitis estenosante. En: Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (editores). Manual de Cirugía Plástica. Madrid: SECPRE [consultado el 03-10-2008]. Disponible en: <http://www.secpre.org>. Acceso al manual restringido a miembros de la sociedad.
- 4.** Moon WN, Suh SW, Kim IC. Trigger digits in children. *J Hand Surg (Br)*. 2001;26(1):11-2.
- 5.** Steenwerckx A, De Smet L, Fabry G. Congenital trigger digit. *J Hand Surg (Am)*. 1996;21:909-11.

