

SÍNDROME DE VAUGHAN-JACKSON, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. M^a Pilar Muniesa Herrero¹ / Dr. Angel Castro Sauras¹ / Dra. Marta Osca Guadalajara² / Dr. Alejandro Urgel Granados²

¹ Facultativo especialista de área de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico Interno Residente de área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El síndrome de Vaughan-Jackson se caracteriza por la rotura degenerativa de los tendones extensores digitales. La causa desencadenante es una artropatía no reumática de la articulación radiocubital distal. El signo clínico y motivo de consulta es la pérdida de función extensora atraumática. Las opciones de tratamiento para la reparación tendinosa incluyen la sutura término-terminal, las transferencias tendinosas y el injerto intercalar.

PALABRAS CLAVE

Rotura degenerativa tendones extensores. Artropatía radio-cubital distal

ABSTRACT

Vaughan-Jackson syndrome is characterized by the degenerative rupture of the digital extensor tendons. The triggering cause is a non-rheumatic arthropathy of the distal radioulnar joint. The clinical sign and reason for consultation is the loss of atraumatic extensor function. Treatment options for tendon repair include term-terminal suture, tendon transfer, and intercalate grafting.

KEY WORDS

Degenerative breakage tendon extensors. Distal radio-ulnar arthropathy

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Vaughan-Jackson se caracteriza por la rotura degenerativa de los tendones extensores digitales. La causa desencadenante es una artropatía no reumática de la articulación radiocubital distal. Como consecuencia se inicia la claudicación del extensor digiti minimi (EDM) junto al extensor común de los dedos (ECD) del dedo meñique.

Si la afección subyacente no se trata, evoluciona de forma natural a una rotura secuencial del tendón extensor común del dedo anular y posteriormente del dedo medio y del dedo índice. En última instancia, la rotura del extensor propio del índice también puede tener lugar.

Vaughan-Jackson describió el primer caso de la rotura del tendón extensor en 2 trabajadores de edad avanzada con artritis degenerativa de la articulación radio cubital distal¹.

El signo clínico y motivo de consulta es la pérdida de función extensora atraumática, por lo que es necesario establecer la etiología. Dado que la artritis reumatoide es la etiología subyacente más común en la rotura del tendón extensor, en mano y muñeca², es necesario descartarla mediante un estudio analítico y una entrevista dirigida.

Así mismo, existen también otras causas menos frecuentes como anomalías de la cabeza del cúbito, ya sean debidas a una subluxación traumática, la deformidad de Madelung, las prominencias óseas o los cambios inflamatorios locales resultantes causados por depósitos de cristales de pirofosfato cálcico (seudogota), también se han descrito como la causa de la rotura de los tendones extensores³⁻⁵.

El lado cubital de la muñeca es el sitio más común de rotura del tendón extensor, debido al conflicto de espacio o atrición entre el aparato ex-

tensor y subluxación dorsal u osteofitosis de la articulación radiocubital distal y la erosión causada en ellos por la cabeza cubital prominente, cuyo borde afilado conduce a una predisposición mayor a la rotura tendinosa.

Con relación al tratamiento, no existen trabajos que describan el resultado funcional de la reparación quirúrgica de estas lesiones debido a la baja frecuencia y a la falta de uniformidad en el tratamiento. Las opciones de tratamiento para la reparación tendinosa incluyen la sutura término-terminal, las transferencias tendinosas y el injerto intercalar⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 72 años de edad con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e infarto agudo de miocardio que acude a urgencias por limitación funcional espontánea para realizar extensión de cuarto y quinto dedos de la mano derecha.

A la visualización y a la palpación a nivel de cabeza de cuarto y quinto metacarpianos constatamos una pérdida en la integridad en el recorrido tendón extensor, sugestiva de solución de continuidad del mismo, destacando una discreta área de tumefacción y dolor a la palpación de la región cubital de la muñeca con limitación para la extensión activa del 4.º-5.º dedo (Fig. 1).

El estudio radiológico presenta signos degenerativos articulares a nivel de la articulación radiocubital distal y desviación dorsal de cúbito distal.



Fig. 1.



Fig. 2.

Se diagnostica de rotura espontánea de cuarto y quinto tendón extensor de la mano en paciente con artropatía degenerativa radio-cubital distal.

En el caso de nuestro paciente, no presentaba ningún antecedente reumatológico filiado, la edad avanzada había provocado un proceso de degeneración articular radio cubital distal, con una prominencia dorsal cubital muy marcada, ocasionando la rotura tendinosa por erosión mecánica mantenida y progresiva.

La intervención consistió en un abordaje dorsal de la muñeca, tenosinovectomía de los extensores, identificación de los cabos tendinosos rotos y actuación sobre los factores locales predisponentes (resección de osteofitos de la articulación radiocubital distal). Posteriormente se realizó transferencia del extensor propio del índice al cabo sano distal del extensor propio del quinto dedo y anastomosis término-lateral del extensor del tercer dedo al cabo sano distal del extensor del cuarto dedo (Fig. 2).

Durante el postoperatorio se inmovilizó con férula antebraquial palmar en posición anatómica, permitiendo movilización activa a las 4 semanas.

La extensión activa a los tres meses de la intervención fue de -5° , sin rigidez articular y mejoría en 5 de las 7 pruebas del test integrado

de Jepsen: escribir, girar cartas, recoger objetos pequeños, acción de comer, amontonar fichas, recoger objetos grandes ligeros o pesados.

DISCUSIÓN

El lado cubital de la muñeca es el sitio más común de rotura del tendón extensor, debido al conflicto de espacio o atrición entre el aparato extensor y subluxación dorsal u osteofitosis de la articulación radiocubital distal y la erosión causada en ellos por la cabeza cubital prominente, cuyo borde afilado conduce a una predisposición mayor a la rotura tendinosa.

No es infrecuente un retraso del diagnóstico durante los primeros días, ya sea por presentar una clínica poco evidente o por falta de sospecha de la lesión.

Con relación al tratamiento, no existen trabajos que describan el resultado funcional de la reparación quirúrgica de estas lesiones debido a la baja frecuencia y a la falta de uniformidad en el tratamiento. Las opciones de tratamiento para la

reparación tendinosa incluyen la sutura término-terminal, las transferencias tendinosas y el injerto intercalar⁶.

La sutura término-terminal es a menudo imposible por el mal estado de los cabos y su retracción, lo que generaría una sutura de mala calidad con limitación para la flexión por la excesiva tensión⁷. Las transferencias tendinosas son preferibles al injerto por ser técnicamente más sencillas y con menor número de complicaciones.

Para el tratamiento de la artropatía, puede estar indicada la escisión de la cabeza cubital, otra opción terapéutica es la implantación de una prótesis de cabeza cubital para el tratamiento de la artrosis, y la inestabilidad de la articulación que se observa principalmente en el procedimiento de Darrach.

Sin embargo, dado que el motivo de consulta es la rotura tendinosa y no el dolor, se puede reservar esta última opción para los casos que desarrollen un mal resultado en cuanto a dolor o estabilidad en la región cubital de la muñeca.

BIBLIOGRAFIA

1. Vaughan-Jackson OJ. Rupture of extensor tendons by attrition at the inferior radio-ulnar joint: Report of two cases. *J Bone Joint Surg.* 1948;30:528---30.
2. Hernández Cortés P, Salvatierra Ossorio J, Balsalobre Aznar J, Zúñiga Gómez L, Salvatierra Ríos D. Rotura espontánea de los tendones extensores de la muñeca y la mano en pacientes con artritis reumatoide. Estudio retrospectivo. *Rev Esp Reumatol.* 2003;30:99---104.
3. CH, Lee SW. Extensor tendon rupture caused by instability of the ulnar head with an osteoarthritic distal radioulnar joint: A case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:281---7.
4. Ohshio I, Ogino T, Minami A, Kato H, Miyake A. Extensor tendon rupture due to osteoarthritis of the distal radio-ulnar joint. *J Hand Surg.* 1991;16B:450---3.
5. Mazhar T, Rambani R. Vaughan-Jackson-like syndrome as an unusual presentation of Kienbock's disease: A case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:325.
6. Casal D, Moniz P, Castro V, Angélica-Almeida M. A posterior interosseous nerve syndrome associated with spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon. *Acta Reumatol Port.* 2010;35:85---9.
7. Cho CH, Lee SW. Extensor tendon rupture caused by instability of the ulnar head with an osteoarthritic distal radioulnar joint: A case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:281.