



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“CUELLO DE CISNE SECUNDARIO A Mallet Finger
BILATERAL”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: FÉLIX ALBERTO CHÁVEZ PRADO

DIRECTOR: DR. JORGE GUSTAVO CORDERO YANZA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“CUELLO DE CISNE SECUNDARIO A Mallet Finger
BILATERAL”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: FÉLIX ALBERTO CHÁVEZ PRADO

DIRECTOR: DR. JORGE GUSTAVO CORDERO YANZA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Félix Alberto Chávez Prado portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0704601830**. Declaro ser el autor de la obra: **“Cuello de cisne secundario a Mallet Finger bilateral”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 10 de julio de 2024

F: 
Félix Alberto Chávez Prado
C.I. **0704601830**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**CUELLO DE CISNE SECUNDARIO A Mallet Finger Bilateral**" realizado por **FÉLIX ALBERTO CHÁVEZ PRADO** con documento de identidad No. **0704601830**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 10 de julio 2024

Dr. Gustavo Cordero Y.
Ortopedia / Traumatología
Cirugía de Mano
R. Senescyt: 4841196504 / 4841193174

F:

Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres,

Esta tesis es una prueba palpable de su amor y apoyo incondicional, que han sido la base de todo lo que he logrado.

Mamá, tu amor y determinación son la inspiración que día a día me dan fuerza para seguir luchando, te lo prometí y sé que estás orgullosa, lo puedo sentir.

Papá, tu fortaleza y sabiduría han sido mi guía en cada paso de este camino, viviré agradecido contigo toda la vida.

Dedico este logro a ambos,

Con todo mi amor,

Félix

AGRADECIMIENTO

Primero, quiero agradecer profundamente al Dr. Gustavo Cordero, cuya experiencia y dedicación han sido invaluable para el desarrollo de mi tesis. Su orientación en este reporte de caso ha sido fundamental.

A mi esposa, te agradezco por confiar en mí y acompañarme este sueño. Tu comprensión y aliento han sido un pilar de fortaleza para mí.

A mi hijo, gracias por ser mi mundo. Este logro es un testimonio del amor y la felicidad que me das cada día.

Finalmente, a mis hermanos, gracias por creer en mí y por estar siempre allí cuando más los necesitaba. Su apoyo ha sido crucial en cada paso de este camino.

RESUMEN

El Mallet finger es una deformidad que se presenta en el dedo debido a una lesión en la zona I del tendón extensor, lo que resulta en la pérdida de la extensión interfalángica distal. Ocurre en personas que juegan deportes como baloncesto, rugby y vóley. Cuando la lesión es aguda, el tratamiento conservador y el quirúrgico tienen resultados favorables, sin embargo, la falla en estos tipos de tratamiento o la ausencia de estos conlleva a lesiones más severas y deformidades con pérdida parcial de la función de la articulación del dedo afectado.

Se reporta el caso de un paciente masculino de 42 años de edad, con antecedente de traumatismo axial de dedo meñique derecho e izquierdo con 10 y 5 años de evolución respectivamente, sin tratamiento previo. Quién acude a consulta médica por presentar dolor, limitación funcional, bloqueo IFD e IFP y deformidad del dedo meñique de las dos manos. Luego de realizar el examen físico y exámenes radiográficos se determinó el diagnóstico de deformidad en cuello de cisne secundario a Mallet Finger bilateral; de ahí la particularidad del reporte de este caso, pues la afección bilateral no se presenta de manera frecuente.

Frente al diagnóstico se decide realizar el abordaje quirúrgico para corregir la deformidad en cuello de cisne utilizando el injerto de tendón palmaris longus (PL) bilateral con técnica WALANT. Las intervenciones se produjeron de manera adecuada. Sin embargo, la recuperación de los dos dedos se manifestó de forma distinta, pues las lesiones presentan diferentes tiempos de evolución.

Palabras clave: Articulación interfalángica, dedo martillo, lesión por traumatismo.

ABSTRACT

Mallet finger is a deformity that occurs on the finger due to an injury to the extensor tendon zone I, resulting in the loss of the distal interphalangeal extension. It occurs in people who practice sports such as basketball, rugby, and volleyball. When the injury is acute, conservative and surgical treatments have favorable results. Nevertheless, failure or absence of these types of treatment entails more severe injuries and deformities with partial loss of function of the affected finger joint.

The case of a 42-year-old male patient with a history of axial trauma of the right and left little finger was reported with 10 and 5 years of evolution, respectively, without prior treatment. He attends the doctor because of pain, functional limitation, DIP and PIP blockings, and deformity of the little finger of both hands. After performing the physical and radiographic examination, a swan neck deformity secondary to a bilateral Mallet finger was diagnosed. Thus, this case report is highlighted due to its particularity since the bilateral condition does not frequently occur.

Based on the diagnosis, it was decided to perform the surgical approach to correct the swan neck deformity using the bilateral palmaris longus (PL) tendon graft through the WALANT technique. The interventions were adequately performed. However, the recovery of the two fingers was different as the lesions had different evolution times.

Key words: Interphalangeal joint, mallet finger, traumatic injury.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	11
REPORTE DEL CASO	13
Seguimiento y resultados	16
DISCUSIÓN	17
PERSPECTIVA DEL PACIENTE	21
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS.....	26
ANEXO B: DIAGRAMA DE FLUJO DEL REPORTE DE CASO	26

INTRODUCCIÓN

La lesión que resulta de la ruptura del tendón extensor o de la avulsión ósea en la base de la falange distal se denomina Mallet Finger (1). Puede producir la deformidad en cuello de cisne producto de la sobreextensión de la articulación interfalángica proximal y la flexión de la articulación interfalángica distal (2). Los dedos anular y medio son los más afectados, mientras que la lesión de los dedos índice y pulgar son menos comunes (3). Según Giddins G (4), las lesiones de tipo tendinosas son frecuentes en pacientes mayores y las lesiones óseas en personas con edades de alrededor de 40 años.

La frecuencia es mayor en adultos jóvenes que practican deportes o en personas con osteoporosis que sufren traumatismos leves (5). La categorización depende de si la piel está intacta y si hay o no daño óseo presente (6). En general, las lesiones en las manos representan hasta el 20% del total de las lesiones atendidas en urgencias (7). De igual forma, de las lesiones producidas en el cuerpo, los dedos en martillo son los quintos más comunes, representando aproximadamente el 10% de todas las lesiones (8).

El diagnóstico se establece cuando la articulación lesionada presenta dolor, deformidad y disfunción de flexión o hiperextensión (9). Por otra parte, en relación al tratamiento existe poca unanimidad, las indicaciones para la cirugía o la técnica quirúrgica más apropiada son variables (10). Convencionalmente la terapia consistía en el uso de una férula para mantener la articulación en una posición fija hasta que se logre la recuperación del tendón extensor final (11). La férula de inmovilización se usaría durante 6 a 8 semanas como referencia (12).

En la actualidad la literatura sobre las lesiones de los dedos en martillo describe una variedad de enfoques quirúrgicos y no quirúrgicos (13). En ciertos casos, expertos prefieren usar injertos del músculo flexor cubital del carpo o el palmaris longus para restaurar la capacidad de extensión de los dedos (14). El propósito del tratamiento es llevar al mínimo el retraso residual de la extensión, reducir la subluxación y restablecer la congruencia de la articulación interfalángica distal (15). Identificar la afección y tratarla de manera temprana es crucial para una recuperación ideal (13).

El caso que se reporta tiene la particularidad de presentarse de forma bilateral en los mismos dedos, pero con distintos tiempos de evolución. Estas lesiones fueron abordadas con la misma técnica quirúrgica, no obstante, los resultados fueron diferentes, haciendo referencia a que el

tiempo de manifestación de la lesión es crucial para la recuperación de la misma. A nivel nacional no se registran datos estadísticos sobre este tipo de lesión.

REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 42 años de edad, odontólogo de profesión, quién al presentar dolor, limitación funcional y deformidad del dedo meñique de las dos manos decide acudir a consulta médica.

Durante el examen físico se puede evidenciar que en la articulación interfalángica proximal (IFP) del dedo meñique de la mano derecha existe hiperextensión con limitación de la flexión por bloqueo mecánico, a esto se le suma dolor y flexión interfalángica distal (IFD), por lo que no realiza extensión (Figura 1).



Figura 1. Mano derecha con deformidad en cuello de cisne del meñique derecho.

Tomado de: Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza

Por otro lado, el dedo meñique de la mano izquierda al igual que el dedo derecho presenta la articulación IFP en hiperextensión con limitación de la flexión por dolor, pero sin bloqueo mecánico, además de flexión IFD, que imposibilita la extensión (Figura 2).



Figura 2. Mano izquierda con deformidad en cuello de cisne del meñique izquierdo.

Tomado de: Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza

Las lesiones provienen de antecedentes traumáticos con carga axial en los dedos meñiques, las cuales se producen cuando el extremo distal del dedo se impacta con una superficie en dirección hacia la mano; el tiempo de evolución del dedo meñique del lado derecho es de 10 años y del meñique del lado izquierdo es de 5 años. Ninguno de los dedos afectados recibió tratamiento previo. Actualmente acude a consulta por el aumento de la deformidad en articulaciones IFP e incapacidad funcional para la flexión, lo que limita sus actividades laborales como odontólogo.

Frente a los hallazgos mencionados, el pronóstico no es bueno, dado que presenta deformidad en cuello de cisne y a esto se le suma el tiempo de evolución el cual resulta determinante para la rehabilitación de la articulación.

En base al diagnóstico se decide realizar la intervención quirúrgica de forma bilateral utilizando la técnica Wide Awake Local Anaesthetic No Tourniquet (WALANT), pues la ventaja de este tipo de sedación es que el paciente puede tener el control de la articulación durante la cirugía, y así poder evaluar el progreso motriz de forma intraoperatoria.

La cirugía se realiza de forma percutánea, incluye la toma de injerto de PL de 10cm (Figura 3 y 4); el abordaje dorsal de la articulación IFD se realiza en H, posteriormente se procede a elaborar la tenorrafia del tendón extensor del dedo e injerto de PL con técnica Krackow (Figura 5), para la cual es necesario situar en cada tendón tres o más bubles de bloqueo, para esto se usa sutura de alta resistencia 4-0.



Figura 3. Localización de PL del antebrazo de lado derecho.

Tomado de: Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza



Figura 4. Obtención de injerto de 10cm de PL del antebrazo de lado derecho.

Tomado de: Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza

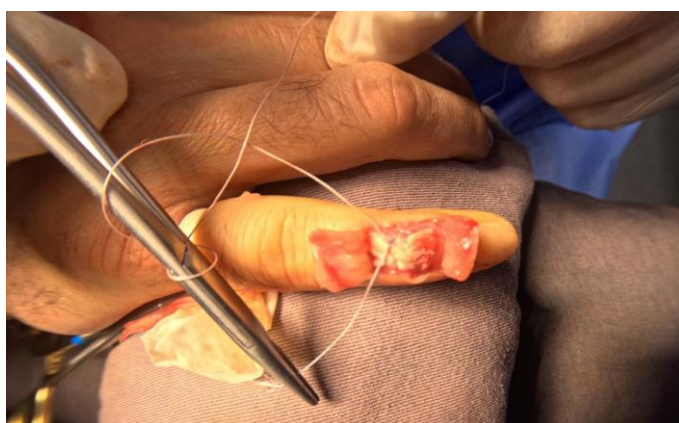


Figura 5. Mano derecha, abordaje dorsal en H. Tenorrafia del tendón extensor del dedo con injerto de PL usando técnica de Krackow.

Tomado de: Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza

Se continúa rodeando con el injerto la articulación IFP sobre la cara volar y se obtiene cabo distal a nivel de la base de la falange proximal (Figura 6). Luego, utilizando una broca de 2.0mm se procede a realizar un túnel transóseo, por el cual se desliza el injerto, mismo que se fija en la cara dorsal de la falange con sutura de alta resistencia, corroborando la tensión del injerto y la motricidad del dedo con movilidad activa del paciente gracias a la técnica WALANT. Este procedimiento fue realizado para en los dos dedos meñiques.



Figura 6. Mano derecha, paso del injerto de PL desde la articulación IFP sobre la cara volar y obtención de cabo distal a nivel de la base de la falange proximal.

Tomado de: Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza

Seguimiento y resultados

En este caso, se presentó un paciente con deformidad en cuello de cisne secundario a Mallet Finger bilateral, que afectaba los dedos meñique. El dedo meñique de la mano derecha tenía una evolución de 10 años, mientras que el de la mano izquierda tenía una evolución de 5 años.

El dedo meñique de la mano izquierda mostró una recuperación notable. A lo largo de los 5 años de evolución, no recibió ningún tipo de tratamiento, sin embargo, la mejora posterior a la cirugía fue significativa. La funcionalidad del dedo se restauró en gran medida, permitiendo al paciente retomar sus actividades diarias sin molestias significativas.

Por otro lado, el dedo meñique de la mano derecha, con una evolución de 10 años, no mostró una recuperación total. A pesar de los esfuerzos de tratamiento todavía presenta bloqueo mecánico, pero con menor intensidad. La antigüedad de la lesión y la falta de atención médica oportuna podrían haber contribuido a este resultado. El paciente ha aprendido a adaptarse a esta limitación, pero se sigue trabajando en posibles soluciones terapéuticas para mejorar su condición.

Este caso resalta la importancia de la atención médica temprana y el seguimiento constante en casos de Mallet Finger. Aunque cada paciente es único y los resultados pueden variar, este caso proporciona una valiosa lección sobre el impacto que puede tener el tiempo de evolución en la recuperación de esta condición.

DISCUSIÓN

El presente reporte de caso aborda un incidente de Mallet Finger bilateral, una condición que, aunque común, presenta desafíos únicos en términos de presentación de bilateralidad, deformidad en cuello de cisne y tipo de tratamiento. Este caso es particularmente notable debido a la diferencia en la evolución de la lesión en ambos dedos meñiques del paciente.

Una de las principales fortalezas de este caso clínico es la oportunidad de observar y comparar la evolución de la misma condición en diferentes etapas. La diferencia en la recuperación de los dos dedos proporciona una visión valiosa sobre el impacto del tiempo de progreso en el tratamiento del Mallet Finger. Sin embargo, esta experiencia clínica también tiene sus limitaciones. La más notable es que se trata de un solo caso, lo que significa que los hallazgos pueden no ser generalizables a todos los pacientes con Mallet Finger bilateral.

Las manifestaciones clínicas del Mallet Finger incluyen dolor, edema y la incapacidad para extender completamente el dedo afectado (16). Frente a lo antes mencionado, el paciente presentó todos estos síntomas en ambos dedos meñiques. El diagnóstico se pudo confirmar mediante el estudio de los datos documentados en la historia clínica sobre la enfermedad actual, además del proceso de revisión del examen físico.

El tratamiento del Mallet Finger generalmente implica el uso de una férula para mantener el dedo en una posición extendida. Smit et al. (17) hallaron que el uso de los diferentes tipos de férulas es recomendado en casos leves y complicados, además de informes en los que se encontraron resultados similares en casos de ferulización inmediata y tardía. De igual forma, Gurnani et al. (18) encontraron que a pesar de que no existe un protocolo claro para el tratamiento, creen que estos casos deben ser tratados en su mayoría de forma conservadora y no recurrir a métodos quirúrgicos.

En concordancia con lo antes mencionado, Brzezienski y Schneider (19) mencionan que el tratamiento de las lesiones siempre debe enfocarse primero en los métodos no quirúrgicos, esto implica una inmovilización continua de la articulación IFD durante 6 a 8 semanas utilizando una férula externa, incluso si la lesión es abierta, se debe considerar la ferulización. Estos mismos autores, indican que, si la ferulización externa no tiene éxito en una lesión aguda, se puede considerar un segundo intento de tratamiento conservador, pero existen pacientes que no pueden tolerar un segundo período de inmovilización y, en gran parte de los casos, se opta por la cirugía; El intervalo de tiempo en el que se puede posponer el tratamiento no quirúrgico

después de la lesión y aún ser efectivo, se está extendiendo, y todavía no se ha determinado un límite de tiempo definitivo.

En relación con lo previamente expuesto, este informe tiene el potencial de contribuir a futuras investigaciones para determinar el intervalo de tiempo promedio en el que se pueden tratar eficazmente este tipo de lesiones. Esto podría conducir a resultados prometedores en un mismo paciente y en una misma estructura anatómica, a pesar de las diferencias significativas en el tiempo de evolución de la lesión.

Tillemann et al. (20) en su ensayo clínico aleatorizado observaron que no había diferencias marcadas en la recuperación motriz de pacientes tratados quirúrgicamente o con férulas, pero concluyeron en que las férulas no previenen por completo la aparición de subluxaciones posteriores. De igual forma, Elzinga y Chung (21) encontraron que las lesiones tanto agudas como crónicas que dan lugar a deformidades conocidas como cuello de cisne, necesitan tratamientos que incluyen el uso de férulas correctivas, pero también la realización de intervenciones quirúrgicas. Los autores mencionados indican que las deformidades de cuello de cisne pueden limitar la funcionalidad, y que la corrección quirúrgica es la que proporciona ese beneficio de recuperación motriz.

Se han documentado diversas opciones quirúrgicas para tratar los dedos en martillo crónicos, cada una con sus propios beneficios y desventajas. Suzuki et al. (22) describe un procedimiento quirúrgico para la lesión crónica de Mallet Finger que consiste en la restauración de la anatomía del tendón terminal y la banda lateral utilizando un injerto del tendón palmar largo (PL); el injerto debe ser unido a un remanente del tendón terminal original en la articulación interfalángica distal. Los mismos autores señalan que las ventajas de esta técnica quirúrgica son la reconstrucción anatómica del tendón terminal, además de ser aplicable independientemente del estado del tendón terminal y del tiempo transcurrido desde la lesión inicial, y que se facilita la determinación de la tensión del tendón injertado.

Para el caso de este reporte, el personal médico determinó que frente a la deformidad en cuello de cisne y al tiempo de evolución de las lesiones, la mejor alternativa fue recurrir al tratamiento quirúrgico usando la técnica WALANT.

La cirugía con anestesia local en estado de vigilia y sin torniquete (WALANT) es una opción llamativa para los cirujanos de mano, ya que no requiere de quirófanos principales ni de procedimientos hospitalarios, los métodos de preparación que se utilizan para mantener la esterilidad del campo en WALANT son eficientes, incluso, mejores que los métodos de

preparación o paños estériles convencionales. Por otra parte, la ansiedad que siente el paciente previo a la cirugía WALANT es similar o incluso menor que la que se experimenta con la anestesia general o local, con o sin torniquete. En relación a los narcóticos postoperatorios, los pacientes suelen consumir la misma cantidad o incluso menor cantidad de estos después de WALANT en comparación con otros métodos anestésicos. En cuanto a costos, esta cirugía permite tener un ahorro significativo comparado con las cirugías que se realizan bajo anestesia general o local, con o sin torniquete. Las complicaciones asociadas con el método de anestesia WALANT son muy pocas (23).

Anteriormente, se evitaba el uso de anestésicos locales combinados con un vasoconstrictor en las extremidades debido al riesgo de isquemia, que en el peor de los casos podría resultar en necrosis de los dedos. Sin embargo, con la técnica WALANT, la cirugía se lleva a cabo con el paciente consciente, se le administra una solución de 9 ml de lidocaína al 1% con adrenalina y 1 ml de bicarbonato de sodio al 8,4%, sin la necesidad de un torniquete. Esta técnica le brinda la opción al cirujano de interactuar con el paciente e incluso pedirle que colabore activamente durante la operación, esta interacción es especialmente importante en cirugías como las que se realizan por lesiones en los tendones extensores o flexores, o en casos de dedo en gatillo (24).

El empleo de vasoconstrictores en áreas como el dedo ha sido un dogma ampliamente aceptado. No obstante, en 2001, Keith Denkler realizó una revisión de 120 años de literatura publicada, encontrando solo 48 casos de necrosis digital atribuidos al uso de anestésico local, y en ninguno de estos casos se utilizó una combinación de un agente anestésico con epinefrina. Denkler observó que había más casos de necrosis digital con el uso de procaína por sí sola que cuando se combinaba con epinefrina. Hasta la fecha, existen numerosas series de casos que respaldan la seguridad del uso de epinefrina en la cirugía de la mano (25).

Los cirujanos que realizan con frecuencia la cirugía de tendón WALANT han encontrado que la instrucción personalizada del paciente durante la operación por parte del cirujano es extremadamente beneficiosa para ajustar la actividad postoperatoria (26). El tiempo de recuperación tras el procedimiento quirúrgico mejora al evitar los efectos secundarios habituales de la anestesia general, lo que a su vez elimina la necesidad de monitoreo en la unidad de cuidados post-anestesia. Esto resulta especialmente beneficioso para pacientes con enfermedades concurrentes, quienes podrían obtener ventajas del tratamiento quirúrgico, pero que normalmente necesitarían permisos médicos amplios antes de ser sometidos a anestesia general (27).

Los inconvenientes de este tipo de cirugía incluyen, la acción del anestésico local que es proporcionalmente más corto en comparación con un bloqueo regional. Por lo tanto, la técnica de la cirugía con anestesia local sin el uso de un torniquete y con el paciente completamente consciente puede ser adecuada solo para procedimientos que no superen las 2 horas de duración. Es crucial considerar el tiempo que se necesita para que el efecto hemostático se manifieste después de la inyección del anestésico local, que suele ser de 20 minutos en gran parte de los casos. Inevitablemente, la inyección local de grandes volúmenes de líquido alterará la anatomía local y el cirujano debe adaptarse a trabajar en un campo quirúrgico que puede estar más húmedo que cuando se utiliza un torniquete (28).

Después de un análisis exhaustivo de los pros y contras de la técnica utilizada para tratar el Mallet Finger, se concluyó que esta era la opción más óptima para el caso que se está reportando. Las características específicas del caso clínico fueron consideradas cuidadosamente para poder determinar un pronóstico adecuado.

La literatura médica sugiere que el tiempo de evolución puede tener un impacto significativo en la eficacia del tratamiento del Mallet Finger (29). Este caso parece respaldar esa afirmación, ya que el dedo con una evolución de 5 años mostró mejor recuperación que el dedo con una evolución de 10 años. Así, este caso proporciona una visión valiosa sobre el tratamiento del Mallet Finger bilateral.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

"Soy odontólogo, mis manos son mi herramienta de trabajo. Como paciente diagnosticado con Mallet finger en ambos meñiques, mi experiencia con el tratamiento y cuidado recibido ha sido en general positiva. El proceso de recuperación ha sido excelente, gracias a la guía del personal médico.

El dedo meñique izquierdo respondió mejor al tratamiento. Aunque ambos dedos recuperaron su motricidad, noté una mejora significativa en la movilidad y la fuerza del dedo izquierdo más rápidamente. El dedo derecho ha requerido un poco más de tiempo para recuperarse por completo.

Agradezco la dedicación del equipo médico a lo largo de la intervención quirúrgica y de todo el proceso. Su enfoque personalizado y su atención es profesional. Sigo trabajando para recuperar la plena funcionalidad de mi dedo derecho, estoy optimista y agradecido por el progreso que he logrado hasta ahora."

CONCLUSIONES

Este reporte de caso ha proporcionado valiosos conocimientos científicos sobre el tratamiento de los casos de cuello de cisne cuando se presenta de forma secundaria a Mallet finger. La cirugía tipo WALANT demostró ser efectiva, aunque la recuperación varió en los dos dedos meñiques debido a la diferencia de 5 años en su evolución. Este hallazgo subraya la importancia del tiempo en la evolución de la lesión para el resultado del tratamiento. El caso también resalta la necesidad de un enfoque individualizado en el tratamiento de tales condiciones, teniendo en cuenta factores como la duración de la lesión. En conclusión, este caso ha enriquecido nuestra comprensión de las complejidades asociadas con el Mallet finger bilateral y ha destacado la eficacia de la cirugía tipo WALANT, al tiempo que ha subrayado la influencia del tiempo de evolución en los resultados del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramponi DR, Hellier SD. Mallet Finger. *Adv Emerg Nurs J*. 2019
2. Rosinsky P, Sarig O, David Y, Oron A. Mallet finger - diagnosis, classification and treatment. *Harefuah*. 2018
3. Salazar Botero S, Hidalgo Diaz JJ, Benaïda A, Collon S, Facca S, Liverneaux PA. Review of acute traumatic closed mallet finger injuries in adults. *Arch Plast Surg*. 2016
4. Giddins G. Mallet finger: two different injuries. *Hand Clin*. 2022
5. Vedel PN, Trandum-Jensen J, Dahlin LB, Brogren E, Sjøe NH. Deformities of the finger joints. *Ugeskr Laeger*. 2017
6. Bendre AA, Hartigan BJ, Kalainov DM. Mallet finger. *J Am Acad Orthop Surg*. 2005
7. de Jong JP, Nguyen JT, Sonnema AJM, Nguyen EC, Amadio PC, Moran SL. The incidence of acute traumatic tendon injuries in the hand and wrist: a 10-year population-based study. *Clin Orthop Surg*. 2014
8. Sivakumar BS, Graham DJ, Ledgard JP, Lawson RD. Acute Mallet Finger Injuries-A Review. *J Hand Surg Am*. 2023
9. Lamaris GA, Matthew MK. The diagnosis and management of mallet finger injuries. *Hand (N Y)*. 2017
10. Nashi N, Sebastin SJ. A pragmatic and evidence-based approach to mallet finger. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2021
11. Yeh PC, Shin SS. Tendon ruptures: mallet, flexor digitorum profundus. *Hand Clin*. 2012
12. Bastien J, Rouzaud S. When should splint treatment start for a tendinous mallet finger? A retrospective review of 319 fingers. *Hand Surg Rehabil*. 2021
13. Lin JS, Samora JB. Surgical and nonsurgical management of mallet finger: A systematic review. *J Hand Surg Am*. 2018
14. Salles Betancourt GR, Cabrerías Viltres N, Peña Marrero L, Marrero Riverón LO, Lara Lara G, Álvarez Placeres L, et al. Transposición tendinosa con el palmar mayor para restablecer la extensión de los dedos en la parálisis del nervio radial. *Rev Cuba Ortop*

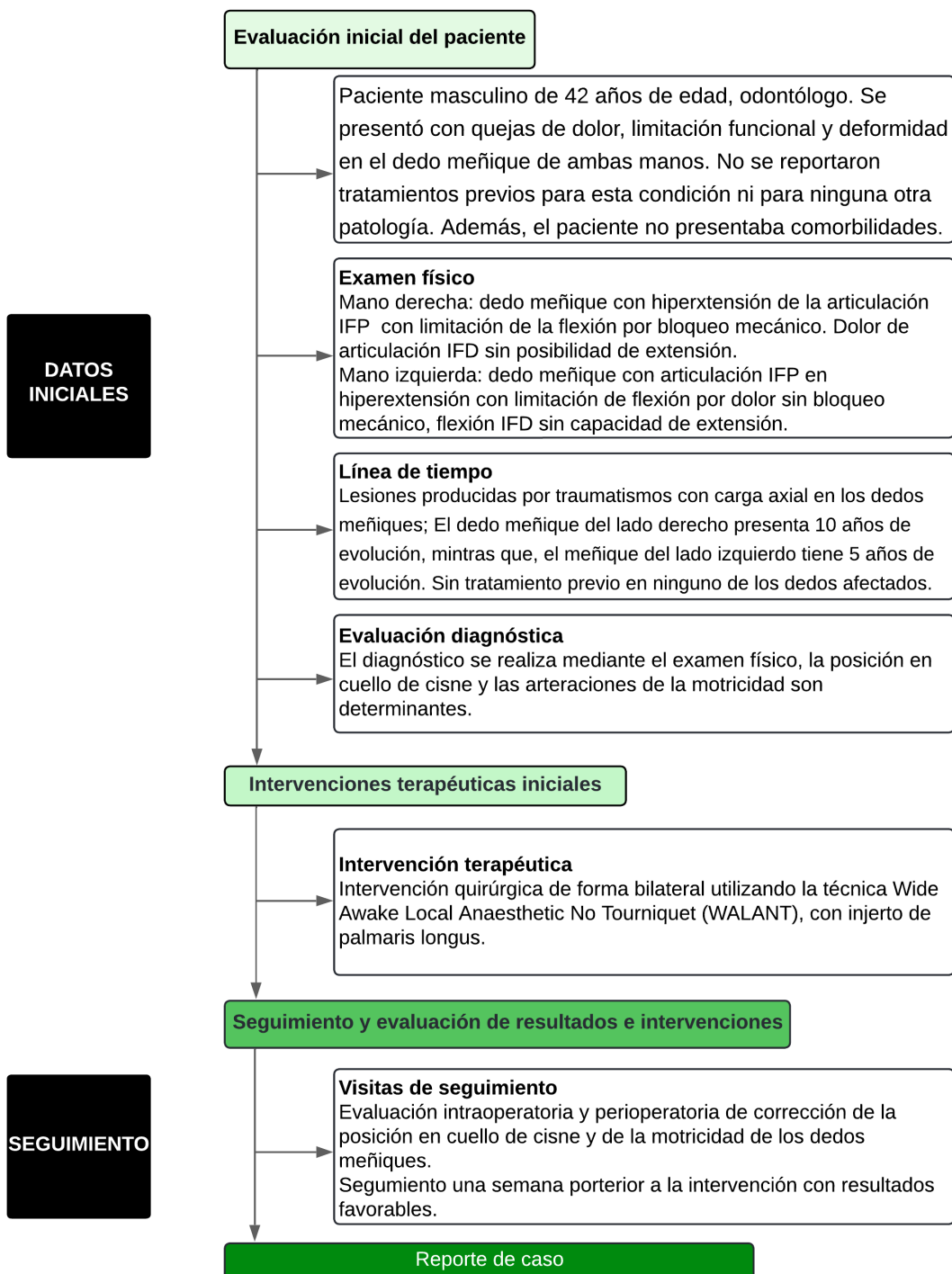
Traumatol. 2011

15. Slichter ME, Mathijssen NMC, Yau CCL, Koobs L, Kraan GA. Posttraumatic osteoarthritis of the distal interphalangeal joint: A follow-up study of 12 years after nonsurgical treatment of mallet finger fractures. *J Hand Surg Am.* 2023
16. Khera B, Chang C, Bhat W. An overview of mallet finger injuries. *Acta Bio Med.* 2021
17. Smit JM, Beets MR, Zeebregts CJ, Rood A, Welters CFM. Treatment options for mallet finger: a review. *Plast Reconstr Surg.* 2010
18. Gurnani N, Hoogendoorn J, Rhemrev S. De malletvinger: opereren versus spalken [Mallet finger: surgery versus splinting]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014
19. Brzezienski MA, Schneider LH. Extensor tendon injuries at the distal interphalangeal joint. *Hand Clin.* 1995
20. Thillemann JK, Thillemann TM, Kristensen PK, Foldager-Jensen AD, Munk B. Splinting versus extension-block pinning of bony mallet finger: a randomized clinical trial. *J Hand Surg Eur Vol.* 2020
21. Elzinga K, Chung KC. Managing Swan Neck and Boutonniere Deformities. *Clin Plast Surg.* 2019
22. Suzuki T, Iwamoto T, Sato K. Surgical Treatment for Chronic Tendon Mallet Injury. *J Hand Surg Am.* 2018
23. Connors KM, Guerra SM, Koehler SM. Current Evidence Involving WALANT Surgery. *J Hand Surg Glob Online.* 2022
24. Ramos PR, Sakata RK, Ribeiro HC, Bonfanti A, Ferraro LHDC. A prospective, comparative study of the analgesic effect between the WALANT technique and local anesthesia associated with sedation for hand surgery. *Acta Cir Bras.* 2023
25. Camara-Cabrera J, Berenguer A, Sanchez-Flo R, Marcano-Fernandez F. Wide-awake surgery in orthopaedics: "Scoping review". *Orthop Traumatol Surg Res.* 2023
26. Lalonde DH, Sepehrpour S. Tips to Successful Flexor Tendon Repair and Reconstruction with WALANT. *Hand Clin.* 2023

27. Kurtzman JS, Etcheson JJ, Koehler SM. Wide-awake Local Anesthesia with No Tourniquet: An Updated Review. *Plast Reconstr surgery Glob open*. 2021
28. Khudr J, Hughes L, Younis F. The what, why and when of wide awake local anaesthesia no tourniquet surgery. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2022
29. Makhlouf VM, Deek NA. Surgical treatment of chronic mallet finger. *Ann Plast Surg*. 2011

ANEXOS

ANEXO B: DIAGRAMA DE FLUJO DEL REPORTE DE CASO



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Félix Alberto Chávez Prado portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0704601830**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Cuello de cisne secundario a Mallet Finger bilateral**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de julio de 2024

F: 
Félix Alberto Chávez Prado
C.I. **0704601830**