

Il dito a martello



■ della Dr.ssa Lucia Bondi, medico chirurgo, specialista in Ortopedia e Traumatologia e del Dr. Corrado Minardi, podologo



fig. 1

In realtà deviazioni del normale assetto articolare della metatarsofalangea e delle interfalangee si possono osservare anche sui piani frontale e trasverso. Tali deviazioni, combinandosi con quelle possibili sul piano sagittale, configurano numerosi quadri clinici, la cui descrizione non è sempre schematizzabile come sopra.

PATOGENESI

La posizione delle piccole dita, sia durante il ciclo della deambulazione che a riposo, dipende dalla funzione e dall'equilibrio di strutture attive e passive che stabilizzano le articolazioni metatarsofalangea e interfalangee di ogni singolo raggio. Sono stabilizzatori passivi l'aponeurosi plantare, la capsula articolare, i legamenti collaterali e la placca plantare,



fig. 2

Le deformità delle piccole dita del piede sono patologie frequenti, possono colpire più dita e possono associarsi ad altre patologie del piede; tra queste la più comune è l'alluce valgo. Con il termine dito a martello si intende l'insieme di tutti quei cambiamenti che avvengono sul piano sagittale a carico delle articolazioni metatarsofalangea e interfalangee, prossimale e distale, dello stesso raggio; possiamo pertanto distinguere:

- il dito a martello propriamente detto, in cui le articolazioni metatarsofalangea e interfalangea distale sono estese, mentre l'articolazione interfalangea prossimale è flessa (**fig. 1**);
- il dito ad artiglio, in cui l'articolazione metatarsofalangea è estesa mentre le articolazioni interfalangea prossimale e distale sono flesse (**fig. 2**);
- il dito a maglio, in cui l'articolazione metatarsofalangea è estesa, l'interfalangea prossimale è neutra e l'interfalangea distale è flessa (**fig. 3**).





mentre la funzione attiva viene svolta dalla muscolatura intrinseca ed estrinseca del piede.

Un qualsiasi fattore eziologico, che determini una dorsiflessione cronica della metatarsofalangea con cedimento della placca plantare, può determinare, a causa della successiva retrazione della muscolatura intrinseca del piede, una flessione irriducibile delle articolazioni interfalangea prossimale e distale, con strutturazione della deformità.

Tra i fattori eziologici ricordiamo i disordini neuromuscolari (Charcot Marie-Tooth, paralisi cerebrali, mielodisplasia), le malattie infiammatorie e metaboliche (artrite reumatoide, gotta, diabete), i fattori anatomici (retra-

zione congenita degli estensori, eccessiva lunghezza delle dita) e le anomalie statiche dell'avampiede (piede cavo, piede piatto, insufficienza del I raggio). Naturalmente anche l'uso di calzature inadeguate gioca un ruolo importante nella genesi della lesione. Una scarpa con pianta troppo stretta e appuntita, con tomaia troppo bassa o con il tacco troppo alto può predisporre, provocando un attrito con la calzatura e un'alterata trasmissione del carico sulle dita, all'insorgenza della deformità. Non vanno inoltre sottovalutati tutti i traumi che l'arto inferiore e le dita del piede possono subire. Le cui conseguenze sull'appoggio e sulla deambulazione sono a volte imprevedibili.



fig. 3



fig. 4

fig. 5





fig. 6

La valutazione clinica, per una diagnosi corretta, necessita di un esame radiografico del piede, da eseguire sotto carico e nelle proiezioni antero-posteriore, laterale e obliqua (**fig. 7**). Con la radiografia è possibile evidenziare la presenza di altre deformità del piede, di segni di rigidità, patologie concomitanti o lussazioni metatarsofalangee, frequenti nell'ultimo stadio della patologia. Naturalmente, in base al quadro clinico si potrà integrare lo studio strumentale con numerosi esami, quali l'elettromiografia, gli esami di laboratorio oppure il doppler arterioso e venoso degli arti inferiori, accertamenti fondamentali nella prognosi e nella scelta del trattamento.

TRATTAMENTO

La terapia incruenta è utile nelle prime fasi di riducibilità della deformità e nei casi in cui il paziente, in presenza di una deformità irriducibile, rifiuti di sottoporsi all'intervento. In questa fase il trattamento deve prevenire, se possibile, il progredire della deformità e consentire una deambulazione senza troppo dolore.

Il trattamento incruento consiste nell'uso di calzature con tomaia am-

QUADRO CLINICO

La sintomatologia si caratterizza per la presenza di ipercheratosi dorsali della interfalangea prossimale e/o distale (**fig. 4**) e non di rado del polpastrello (**fig. 5**), molto spesso fastidiose a causa dell'attrito con la calzatura.

Frequenti sono le callosità plantari e le metatarsalgie di una o più teste metatarsali (**fig. 6**). A volte, dorsalmente all'articolazione interfalangea, è possibile reperire una borsite molto dolente che rende difficoltosa la deambulazione a piede calzato. All'esame clinico la deformità spesso non è riducibile; tale elemento è fondamentale nella scelta della tecnica chirurgica. Esistono infatti dita a martello cosiddette flessibili, dita a martello semirigide e rigide. Nelle forme flessibili la deformità può essere completamente corretta manualmente, indicando che le articolazioni sono ancora in buone condizioni. Nelle forme semirigide la deformità è correggibile solo parzialmente e le articolazioni presentano un certo grado di rigidità. Nelle dita a martello rigide la manipolazione della deformità non corregge assolutamente la posizione del dito poiché la lesione si è instaurata definitivamente.

