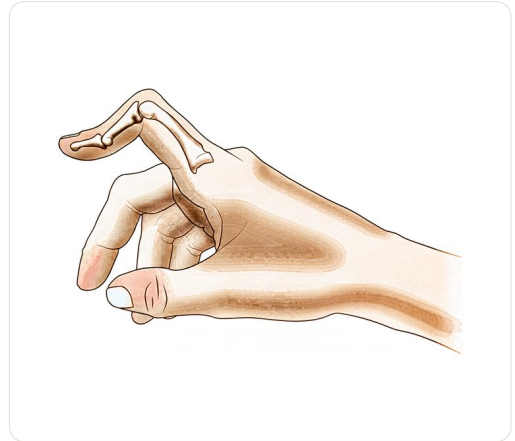


Deformidad en ojal

Deformidad en ojal: la articulación media del dedo permanece doblada y la punta del dedo se inclina hacia atrás.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

En una deformidad en ojal, la articulación media del dedo se dobla hacia abajo, hacia la palma, y la punta del dedo se dobla hacia atrás, en sentido contrario. El dedo puede verse hinchado sobre la articulación media, y también puede doler en esa zona. Enderezar la articulación media se vuelve difícil, y cuanto más lo intenta, más parece resistirse el dedo.

El problema se nota sobre todo en las tareas que requieren que el dedo se estire y luego vuelva a doblarse. Recoger una moneda, sujetar una taza por el asa, escribir en un teclado, abrocharse una camisa o girar una llave pueden volverse incómodos. El agarre en sí suele seguir funcionando, y por eso muchas personas conviven con el dedo durante semanas antes de buscar ayuda.

Si la deformidad se debe a una lesión, la articulación media puede doler después de usar la mano, y la rigidez puede ser peor por la mañana, antes de que el dedo se suelte. En la artritis reumatoide, la misma postura doblada se desarrolla lentamente porque el revestimiento de la articulación sigue inflamado e hinchado durante meses.

Algunos signos requieren atención rápida. Si el dedo o la mano se ponen calientes, rojos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día. Lo mismo se aplica si un dedo se pone pálido, frío, blanco o azulado, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento en él después de una lesión. Si, en cambio, los síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Por el dorso de cada dedo discurre un conjunto de tendones que enderezan las articulaciones. Imagínelos como cuerdas que pasan bajo una capucha en el dorso del dedo. La cuerda que endereza la articulación media se llama tendón central, y se inserta en la base del hueso medio. Otras dos cuerdas, llamadas bandas laterales, discurren a su lado y ayudan a enderezar tanto la articulación media como la punta del dedo.

En una deformidad en ojal, el tendón central se ha roto o se ha estirado y separado del hueso medio. La articulación media ya no puede ser traccionada hasta quedar recta, así que cae en una posición doblada. Las dos bandas laterales se deslizan entonces desde la parte superior de la articulación y bajan hacia la palma. Una vez que quedan por debajo del punto de giro de la articulación, esas mismas cuerdas empiezan a doblar la articulación media en lugar de enderezarla, y tiran de la punta del dedo hacia atrás, en sentido contrario. Por eso el dedo se queda con la articulación media doblada y la punta arqueada que se han descrito antes, y por eso cada intento de enderezarlo parece hacer que las cuerdas tiren con más fuerza en su contra.

Hace falta que se dañe más de una estructura para que se produzca esta postura. El tendón central, el ligamento que une las dos cuerdas sobre el dorso del dedo y las fibras de la capucha que mantienen todo en su sitio deben lesionarse antes de que se desarrolle la deformidad. Una rotura del tendón central por sí sola puede dejar la articulación media débil sin que aparezca la deformidad completa, y esa es una de las razones por las que el tratamiento temprano es importante: puede evitar por completo que la deformidad se forme.

El mismo resultado final puede tener distintos puntos de partida. Puede producirlo una lesión, como un golpe en el dedo o un corte sobre el dorso de la articulación, y también la inflamación continua de la artritis reumatoide, que va desgastando lentamente las mismas estructuras. Un dedo también puede tener este aspecto sin ninguna lesión del tendón, cuando el problema está en cambio en el lado de la palma de la articulación, y esa variante se trata de otra manera; por eso lo primero es determinar cuál de las dos tiene usted.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y solicitamos estudios de imagen si es necesario para determinar qué está ocurriendo. Como esta deformidad puede tener varios puntos de partida distintos, determinar cuál es el suyo es lo primero, antes de cualquier tratamiento.

El primer paso suele ser el uso de férulas y la terapia de mano. En una lesión reciente, una férula que mantenga recta la articulación media puede evitar por completo que la deformidad se forme, y cuanto antes se empiece, mejor: las personas tratadas dentro de las seis semanas posteriores a la lesión evolucionan mejor que las tratadas más tarde. La férula mantiene recta solo la articulación media. La punta del dedo, el nudillo y los demás dedos siguen moviéndose, porque inmovilizar todo el dedo hace que la punta se ponga rígida. En una deformidad que lleva tiempo presente, podemos usar yesos para enderezar la articulación media tanto como sea posible,

seguidos de tres meses con una férula que le permite doblar el dedo mientras trabaja. Vale la pena probar este enfoque antes de plantearse la cirugía.

Cuando las férulas y la terapia no han logrado una mejoría suficiente, puede plantearse la cirugía. La operación reconstruye el tendón que endereza la articulación media, a veces usando como injerto un pequeño trozo de tendón de su propio antebrazo. En algunos casos, los tendones que se han deslizado hacia la palma se recolocan sobre la articulación, donde deben estar. El objetivo es el mismo en todos los casos: que pueda volver a enderezar la articulación media y usar el dedo sin que se enganche ni se doble hacia abajo. La operación tiene su propia página, y le explicaremos en qué consiste para su dedo en particular antes de tomar cualquier decisión.

Qué esperar

El pronóstico depende mucho del momento. Si se detecta a tiempo, a menudo puede frenarse una deformidad en ojal antes de que se instale. Una férula que mantenga recta la articulación media poco después de una lesión puede evitar por completo que la deformidad se forme, y las personas tratadas dentro de las seis semanas evolucionan mejor que las tratadas más tarde. Sin tratamiento, la deformidad tiende a empeorar en lugar de mantenerse igual, porque los tendones que se han salido de su sitio siguen tirando del dedo cada vez más hacia su postura doblada. Una lesión que parecía leve puede dar lugar semanas después a un dedo rígido y fijo.

En una deformidad que lleva tiempo presente, el tratamiento no quirúrgico sigue teniendo un papel real. Los yesos para enderezar la articulación media tanto como sea posible, seguidos de tres meses con una férula que le permite doblar el dedo mientras lo usa, pueden funcionar bien. El dedo responde a este enfoque cuando los yesos consiguen dejar la articulación media casi recta y usted usa activamente la mano con la férula durante esos tres meses, recuperando la flexión a lo largo del proceso. En las lesiones del pulgar, una férula que mantenga recto el nudillo puede ayudar si se empieza antes de que se desarrolle la deformidad.

La cirugía tiene como objetivo que pueda volver a enderezar la articulación media. En un grupo publicado de 18 personas a las que se les hizo un injerto de tendón para corregir una deformidad de larga evolución, 16 obtuvieron resultados buenos o excelentes. Se ha comunicado que una técnica más reciente, que permite mover el dedo pronto, funcionó en 11 casos. La cirugía también puede ayudar en la forma congénita de esta deformidad, en la que está presente desde el nacimiento.

Hay que ser honestos: no todas las correcciones se mantienen. En los dedos afectados por artritis reumatoide, la cirugía sobre los tejidos blandos por sí sola puede no mantenerse en las fases avanzadas, y los resultados a largo plazo son menos previsibles. Cuando una deformidad reaparece o persiste, otro procedimiento distinto puede ser la mejor respuesta. Sea cual sea el punto de partida, el objetivo realista es un dedo que pueda enderezar y usar, no la promesa de un dedo perfectamente normal.

Cuándo consultar a un especialista

La deformidad en ojal responde bien a la atención temprana, así que conviene saber cuándo actuar. Si se ha lesionado el dedo y la articulación media no se endereza, o si el dedo sigue doblado e hinchado varios días

después de una lesión, acuda a su médico de cabecera y pida una valoración por un especialista. Cuanto antes se empiece con la férula, más posibilidades hay de frenar la deformidad antes de que se instale.

Algunos signos requieren atención más rápida. Acuda a un servicio de urgencias ese mismo día si el dedo o la mano se ponen calientes, rojos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre. Lo mismo se aplica si un dedo se pone pálido, frío, blanco o azulado, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento en él después de una lesión. Si hay una herida abierta en la piel sobre una articulación lesionada, o el dedo se ve claramente deformado, acuda también.

Si, en cambio, los síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista. Si no puede comunicarse con la clínica, fuera del horario de atención o en fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para tomar decisiones terapéuticas por su cuenta. La deformidad en ojal merece una lectura adicional, ya que el tratamiento instintivo para un dedo doloroso, hinchado y doblado – dejarlo en reposo y mantenerlo inmóvil– es precisamente lo único que la evidencia específicamente no respalda.

MOVILIZACIÓN TEMPRANA, NO INMOVILIZACIÓN PROLONGADA

Una revisión sistemática de los tratamientos para lesiones del tendón central concluyó que la base de evidencia es limitada; además, el papel de las distintas estrategias tanto en lesiones abiertas como cerradas **no está bien sustentado** [1]. A pesar de dicha limitación, la evidencia proveniente de estudios individuales **apoya de forma tentativa la movilización temprana y no respalda la inmovilización prolongada** [1].

Esto merece ser expresado con claridad, pues va en contra de la reacción instintiva habitual. La diferencia radica en proteger el tendón central en proceso de curación, lo cual exige mantener la articulación media recta; en contraste, la inmovilización total del dedo provoca rigidez de la articulación distal y hace que todo el dedo se vuelva rígido. La férula tiene como finalidad mantener una sola articulación inmóvil mientras las demás siguen moviéndose.

¿POR QUÉ LA DEFORMIDAD EMPEORA EN LUGAR DE PERMANECER ESTABLE?

La deformidad en ojal es progresiva; esto resulta poco común y merece ser comprendido. El tendón central se inserta en la base del hueso medio y estira la articulación media. Cuando este tendón falla, dicha articulación se flexiona, y las dos bandas laterales, que normalmente discurren por encima del eje articular, desplazan por debajo de él.

Una vez debajo del eje articular, los mismos tendones que antes ayudaban a estirar la articulación media ahora la flexionan, al mismo tiempo que tiran de la punta del dedo hacia una hiperextensión. De este modo, la deformidad se auto-reforzar: cada intento de enderezar el dedo tensa aún más las estructuras que lo mantienen

flexionado. Por eso, una lesión que parecía leve puede derivar en una deformidad fija semanas después; también explica por qué el período adecuado para aplicar férulas simples es muy temprano.

LA DEFORMIDAD QUE NO ES BOUTONNIÈRE

Un dedo puede adoptar la misma postura sin que exista lesión alguna en el tendón central; en ese caso, los tratamientos son completamente distintos. Las deformidades boutonnière y **pseudoboutonnière** difieren en cuanto a patoanatomía, diagnóstico y tratamiento [2]. La variante pseudoboutonnière se origina por una lesión de la placa volar en la articulación media; en este caso, la articulación distal del dedo conserva una flexión pasiva normal, en lugar de quedar en hiperextensión.

Para diferenciarlas en la práctica clínica, hay que observar la punta del dedo. En una boutonnière verdadera, la punta permanece en hiperextensión y resiste la flexión, especialmente cuando la articulación media está estirada; en una pseudoboutonnière, en cambio, la punta se flexiona con facilidad. Colocar una férula en una pseudoboutonnière como si fuera una boutonnière real implica tratar la articulación equivocada.

PERTENECE A UNA FAMILIA DE LESIONES DEFINIDAS SEGÚN EL LUGAR DONDE FALLA EL TENDÓN

La lesión en “boutonnière” se encuentra junto con la lesión en “mallet finger” y la lesión de la banda sagital como una de las tres lesiones del mecanismo extensor cerrado, clasificadas según la zona en la que se produce el fallo del mecanismo [3]. Las tres pueden manifestarse como un dedo hinchado que permanece en una posición anormal pocos días después de la lesión; además, cada una requiere una posición específica de la férula. Este es el motivo práctico por el cual vale la pena llegar a un diagnóstico preciso antes de someter al paciente a semanas de uso de férula.

REFERENCIAS

- [1] Geoghegan L, Wormald JCR, Adami RZ, Rodrigues JN. Lesiones del tendón extensor de la porción central: revisión sistemática de los tratamientos. J Hand Surg Eur Vol. 2019;44(8):825-32. <https://doi.org/10.1177/1753193419845311>
- [2] Hanson ZC, Thompson RG, Andrews JR, Lourie GM. Deformidades en ojal versus pseudodeformidades en ojal: patoanatomía, diagnóstico y tratamiento. J Hand Surg Am. 2023;48(5):489-97. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2022.10.019>
- [3] Lin JD, Strauch RJ. Lesiones cerradas del mecanismo extensor de partes blandas (dedo en martillo, deformidad en ojal y lesión de la banda sagital). J Hand Surg Am. 2014;39(5):1005-11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.018>