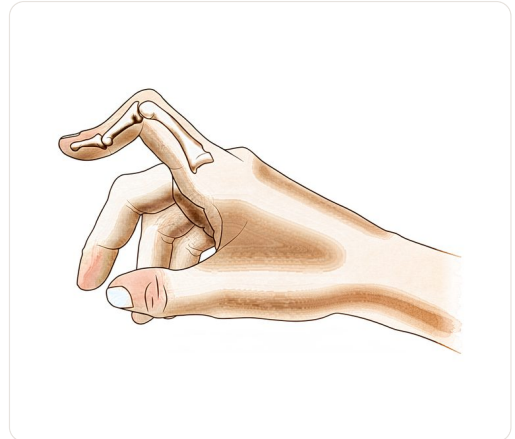


Deformidad en forma de botón

Deformidad en forma de botón: la articulación del dedo medio 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

La deformidad en forma de ojal altera la forma en que se dobla uno de sus dedos. La articulación media del dedo permanece doblada hacia abajo, mientras que la articulación distal apunta hacia arriba en lugar de doblarse. Esto ocurre cuando un pequeño tendón plano situado en el dorso del dedo (el tendón central) deja de funcionar. Ese tendón normalmente estira la articulación media; cuando se rompe, se estira o se desgasta, el dedo ya no puede enderezarse en ese punto.

El dedo puede resultar doloroso y dificultar enormemente el uso de la mano. Las tareas que requieren un dedo recto se vuelven complicadas: ponerse un guante, teclear, sostener un bolígrafo o recoger monedas pueden resultar incómodos o difíciles. Cualquier presión sobre la articulación doblada, como agarrar el volante o sostener una bolsa de la compra por el asa, puede intensificar el dolor. El descanso de la mano y mantener el dedo inmóvil suelen aliviar los síntomas.

Esta deformidad es frecuente en personas con artritis reumatoide; la inflamación continua dentro de la articulación media (sinovitis) va desgastando progresivamente ese tendón. Alrededor del 36 % de quienes padecen artritis reumatoide desarrollan una deformidad en forma de ojal, y aproximadamente la mitad presenta esta deformidad o una deformidad en forma de cuello de cisne. También puede aparecer tras una lesión, como un corte o un golpe fuerte en el dorso del dedo que dañe el tendón central.

La hinchazón y el dolor suelen seguir un patrón: al despertar, la articulación puede sentirse rígida y adolorida, pero se relaja un poco al empezar a moverla. Tras un día de uso intensivo de la mano, el dedo puede doler y parecer más doblado de lo habitual. También es común sentir un latido doloroso en la articulación durante la noche, especialmente si el dedo ha sido sometido a mucho esfuerzo.

Un dato importante: detectar esto a tiempo es fundamental. Si una lesión del tendón central se trata poco después de producirse, a menudo se puede evitar por completo el desarrollo de la deformidad.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Imagínese el tendón situado en el dorso del dedo como una cuerda que recorre la parte superior y se divide en varias hebras cerca de la articulación media. Una de esas hebras, la porción central, se inserta en el hueso medio y estira dicha articulación. Las otras dos hebras se extienden a cada lado de esta. Normalmente, las tres trabajan conjuntamente, mantenidas en su lugar sobre la articulación por finas capas de tejido, algo similar a las cuerdas de sujeción que mantienen erguido un poste de tienda de campaña.

Cuando el dedo sufre una lesión, o cuando la artritis reumatoide deteriora el tendón desde el interior de la articulación, la porción central puede desprenderse o estirarse. Una vez que esto ocurre, las dos hebras laterales se deslizan por debajo de la articulación en lugar de permanecer por encima. A partir de ahí, tiran de la articulación media hacia abajo, provocando una posición flexionada en lugar de estirada. Por eso el dedo queda doblado en la articulación media y la punta apunta hacia arriba.

Para que esto suceda, es necesario que más de una estructura se dañe: la porción central del tendón, las capas de tejido que mantienen las hebras en su sitio y algunas de las fibras circundantes deben verse afectadas antes de que las hebras se desplacen realmente. Por este motivo, al principio el dedo puede presentar sensación de “clic” o bloqueo en la articulación media, antes de que se manifieste la deformidad completa.

Un último dato importante: una vez que la deformidad persiste durante mucho tiempo, la propia articulación se vuelve rígida y se adapta a esa posición flexionada. Incluso tras el tratamiento, puede quedar una pérdida de unos grados en la capacidad de estiramiento de la articulación media. Por eso, como se explicó anteriormente, el tratamiento temprano resulta fundamental.

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 su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su dedo y solicitamos estudios de imagen únicamente cuando esto modificará el plan de tratamiento. Un examen minucioso es lo que nos guía hacia las pruebas y el tratamiento adecuados.

En el caso de una deformidad de larga data, normalmente empezamos con el uso de férulas. Una vez que los yesos hayan cumplido su función, usted llevará una férula que mantiene el dedo en una posición que le permite seguir utilizando la mano. Debe usarla durante 3 meses. Este método resulta eficaz cuando los yesos han logrado reducir la extensión de la articulación media a menos de -20° , es decir, cuando el dedo puede enderezarse hasta 20 grados por debajo de la posición completamente recta; además, debe usar la férula de forma activa durante todo ese tiempo. Iniciar el tratamiento dentro de las 6 semanas posteriores a la lesión marca una gran diferencia en el grado de movilidad que se recuperará. En el caso de una lesión reciente del tendón central, mantenemos las articulaciones del dedo en extensión total (completamente rectas) durante cuatro semanas, y luego utilizamos

una férula de resorte durante otras dos semanas. Durante la mayor parte de ese período, usted aún puede usar la mano para tareas ligeras.

Si el uso de férulas no logra enderezar suficientemente el dedo, la cirugía es el siguiente paso. La consideramos cuando el tendón ha sufrido daños que superan lo que una férula puede corregir, o cuando la deformidad se ha vuelto fija. La operación reconstruye el mecanismo tendinoso situado en la parte posterior del dedo para que este pueda volver a enderezar la articulación media. Cuando las fibras laterales del tendón están desgastadas o dañadas, podemos reconstruirlas empleando una tira de tendón extraída de su propia muñeca. Cada tipo de intervención cuenta con su propia página informativa; antes de tomar cualquier decisión, analizaremos cuál de ellas se adapta mejor a su dedo.

Qué esperar

El desenlace clínico depende en gran medida de la rapidez con que se trate el dedo. Si una lesión reciente del tendón extensor central se inmoviliza a tiempo, a menudo se puede evitar por completo la aparición de la deformidad. Si no se trata, la articulación media suele permanecer doblada y con el tiempo puede quedar fija en esa posición. Una vez que la deformidad ya está establecida, incluso un tratamiento adecuado puede dejar el dedo a unos pocos grados de no estar completamente recto.

En el caso de una deformidad ya consolidada, los primeros pasos son usar yesos para enderezar la articulación media, seguidos de 3 meses de uso de un splint mientras se sigue utilizando la mano. Este enfoque funciona cuando los yesos logran que la extensión de la articulación sea inferior a -20° , es decir, cuando el dedo se endereza hasta 20 grados por debajo de la posición completamente recta. Durante esos 3 meses es necesario mover activamente el dedo mientras se lleva el splint para recuperar la capacidad de flexión. Se trata de un proceso lento y requiere esfuerzo por parte del paciente: el splint solo será útil si realmente se ejercita el dedo mientras se usa.

Cuando el tratamiento con splint ya no aporta mejoras, la cirugía es el siguiente paso. Cuando los haces laterales del tendón están desgastados o dañados, se puede emplear una tira de tendón de la propia muñeca para reconstruirlos. En pacientes sometidos a esta operación por una deformidad de larga duración, los resultados fueron buenos o excelentes en 16 de 18 casos. Otra opción para deformidades crónicas es seccionar el tendón en la articulación distal; esto redujo notablemente la discapacidad y permitió recuperar la flexión en dicha articulación.

Algunas advertencias importantes: en las fases avanzadas de esta deformidad, las intervenciones quirúrgicas sobre los tejidos blandos por sí solas podrían no mantener la corrección de forma permanente. Además, si padece artritis reumatoide, las deformidades digitales pueden seguir apareciendo a medida que avanza la enfermedad; por ello, el plan de tratamiento tendrá en cuenta el grado de fijación de la articulación, su movilidad y el estado de su superficie articular. Nada de esto implica que la cirugía no sea útil; simplemente significa que el objetivo es lograr un dedo que funcione mejor, no garantizar que quede perfectamente recto.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si un dedo ha comenzado a permanecer doblado en la articulación media y no se endereza, especialmente si padece artritis reumatoide. Solicite una evaluación por parte de un especialista si la articulación media le duele, se traba o hace un “chasquido”, o si le resulta cada vez más difícil usar ese dedo para las tareas cotidianas. Estos cambios suelen aparecer de forma gradual, por lo que es fácil atribuirlos al uso excesivo. El momento de actuar es crucial: iniciar el tratamiento dentro de las 6 semanas posteriores a la lesión influye enormemente en la recuperación del rango de movimiento; en cambio, cuando la deformidad ya existe desde hace tiempo, resulta mucho más difícil corregirla. Si observa que un dedo se dobla hacia abajo en la articulación media mientras la punta del dedo apunta hacia arriba, no espere a que mejore por sí solo.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para tomar decisiones terapéuticas por su cuenta. La deformidad en “botón de abotonadura” merece una lectura adicional, ya que el tratamiento instintivo para un dedo doloroso, hinchado y doblado –es decir, dejarlo en reposo y sin moverlo– es precisamente lo que la evidencia científica no recomienda en absoluto.

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 botón de chaqueta 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 muesca de botón versus pseudodeformidades en muesca de botón: 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 muesca de botón 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>