

Felon (infección de la pulpa de la yema del dedo)

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

Qué está sintiendo

El felón es una infección en la almohadilla blanda de la punta del dedo, esa parte carnosa que presionamos al agarrar algo. Esta almohadilla está dividida en pequeños compartimentos por paredes fibrosas resistentes. Cuando la infección llena esos compartimentos de pus, la presión interna aumenta rápidamente. Esa presión es la razón por la cual el dolor resulta tan intenso y pulsátil.

Por lo general, lo primero que se nota es hinchazón, enrojecimiento y dolor en la punta del dedo. Toda la almohadilla puede sentirse tensa y sensible al tacto. Suele aparecer tras una pequeña lesión, como una astilla, una picadura de aguja o una extracción de sangre mediante punción digital. Si el dolor intenso persiste durante 12 horas o más, normalmente se habrá formado un absceso (una bolsa de pus).

El dolor suele ser constante, sin intervalos. Presionar la punta del dedo, sujetar un bolígrafo, escribir a máquina o girar una llave puede resultar doloroso. Cualquier acción que comprima la almohadilla hinchada empeora la situación. Muchas personas tienen dificultades para recoger monedas, abrochar botones o sostener una taza con esa mano.

Si no se trata, la infección puede propagarse. Puede extenderse alrededor del lecho ungueal o ascender hacia la palma a lo largo de la vaina tendinosa, el túnel que permite el movimiento del dedo. Esto puede provocar que todo el dedo se hinche y duela al moverlo.

Una afección que puede parecerse al felón es el herpes labial digital, una infección viral de la punta del dedo. Produce ampollas dolorosas en un dedo, a menudo días después de una lesión leve. A diferencia del felón, esas ampollas contienen líquido transparente en lugar de pus. Esto es importante, porque las ampollas del herpes no deben abrirse ni drenarse.

Acuda al médico de inmediato si el dolor es intenso o empeora, o si la punta del dedo está roja, caliente e hinchada. El tratamiento temprano ofrece las mejores posibilidades de una recuperación completa.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Imagínese la almohadilla de la yema del dedo como una esponja dividida en pequeños compartimentos cerrados. Unas paredes fibrosas y resistentes se extienden desde la piel hasta el hueso, separando la almohadilla en pequeños espacios. No hay espacio libre en su interior. Cuando una infección llena esos compartimentos de pus, la presión aumenta rápidamente, y eso es lo que provoca un dolor tan intenso.

Por lo general, la infección penetra a través de una lesión cutánea, como una astilla o una picadura de aguja. El germen responsable con mayor frecuencia es una bacteria cutánea común llamada *Staphylococcus aureus*. Debido a que los compartimentos están sellados, la infección no puede propagarse lateralmente con facilidad; en su lugar, genera presión interna, y esa presión puede interrumpir el flujo sanguíneo hacia el pequeño hueso situado en la punta del dedo.

Si no se trata, el pus busca una vía de salida: puede extenderse alrededor del lecho ungueal, ascender hacia la palma a lo largo del túnel tendinoso o penetrar directamente en el hueso. La infección ósea se denomina osteomielitis, mientras que la infección de la articulación cercana se llama artritis séptica. En otros casos, el acumulo de pus simplemente rompe la piel. Estas son las razones por las que una felon requiere tratamiento inmediato, en lugar de esperar a ver si mejora por sí sola.

La buena noticia es que la almohadilla de la yema del dedo está diseñada para ser protegida. Cualquier intervención quirúrgica se planifica de modo que se preserve la superficie sensible de la yema y se eviten los nervios y vasos sanguíneos que discurren a ambos lados del dedo.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su tipo específico de infección. 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 esa consulta, tomamos su historia clínica, examinamos el dedo y solicitamos los exámenes necesarios para confirmar el diagnóstico.

Un felón es una infección, por lo que no mejora únicamente con reposo, férulas o fisioterapia. No existe ninguna medida de autocuidado que podamos recomendar para combatir la infección en sí. Lo importante es actuar a tiempo, pues la presión dentro de la almohadilla digital aumenta rápidamente y las demoras dificultan el drenaje. Si cree que padece un felón, comuníquese con nosotros o con su médico de cabecera de inmediato, en lugar de esperar a ver si mejora por sí solo.

El tratamiento médico tiene un papel definido. Una vez drenado el pus, en casos de felón no complicado y en pacientes sin factores de riesgo para infecciones, no se requieren antibióticos después de la cirugía. No obstante, algunas personas presentan mayor riesgo: la diabetes y la enfermedad renal aumentan la probabilidad de que el tratamiento ambulatorio de una infección de mano no sea suficiente; por eso evaluamos su estado de salud general al planificar el cuidado. En muchos casos, los pacientes diabéticos pueden recibir tratamiento ambulatorio de forma segura.

La cirugía es el tratamiento principal para un felón ya establecido. El objetivo es liberar la presión drenando el pus de los compartimentos cerrados de la almohadilla digital. Planificamos la incisión de modo que se drene bien la infección, protegiendo al mismo tiempo la superficie sensible de su dedo, así como los nervios y vasos sanguíneos situados a ambos lados del mismo. Algunos patrones de incisión antiguos permiten un buen drenaje, pero dejan una cicatriz dolorosa y surcada sobre la almohadilla, además de una zona entumecida que dificulta tareas delicadas como recoger monedas o abrochar botones. Teniendo todo esto en cuenta, elegimos el método quirúrgico más adecuado. Si desea más detalles, existe una página específica sobre la intervención.

Si la infección ha alcanzado el hueso, el reconocimiento oportuno, la limpieza exhaustiva del tejido afectado y el uso de los antibióticos adecuados son clave para su curación. Se trata de una situación más grave; si sus estudios diagnósticos así lo indican, le explicaremos todos los detalles.

El tratamiento es el resultado de una decisión compartida. Antes de proceder, le explicaremos nuestras recomendaciones, los motivos que las sustentan y las alternativas disponibles, y responderemos a todas sus preguntas.

Qué esperar

Si se detecta a tiempo, una felonía suele evolucionar favorablemente. Se drena el pus, disminuye la presión en la yema del dedo y el dolor se alivia rápidamente. La mayoría de las personas recuperan el uso completo del dedo una vez curado.

El pronóstico depende en gran medida del momento en que se actúe. La identificación y el tratamiento tempranos de las infecciones de la mano son fundamentales para obtener el mejor resultado posible. Si el tratamiento se retrasa, la infección puede extenderse al hueso o al túnel tendinoso, lo que podría provocar rigidez o pérdida de función permanente en la mano. En casos graves, un diagnóstico tardío puede incluso llevar a la amputación o a la muerte. Por eso insistimos en que no se debe esperar a ver qué pasa.

Incluso con una atención adecuada, las infecciones de la mano conllevan un riesgo real de complicaciones, y estas pueden ser difíciles de manejar. Si la infección alcanza el hueso, se requiere tanto cirugía como antibióticos para erradicarla. En un número reducido de casos graves, extirpar el dedo afectado de forma temprana puede ser la opción más segura para impedir la propagación de la enfermedad.

Existen factores biológicos positivos a nuestro favor: cuando es necesario extraer la parte principal del hueso de la yema del dedo pero se conserva su base, ese hueso restante suele regenerarse de manera notable. La yema del dedo puede reconstruirse más de lo que cabría esperar.

La misma urgencia rige para infecciones de aspecto similar. La infección del túnel tendinoso requiere diagnóstico temprano y tratamiento inmediato para evitar una pérdida permanente de la función de la mano; si se deja sin tratar, puede interrumpir el flujo sanguíneo al dedo. Además, si lo que se padece es un herpes glosodiniiano —la infección viral con ampollas claras que describimos antes—, hacer una incisión sería un error, pues eso podría facilitar una infección bacteriana adicional.

En resumen: si se trata a tiempo, la mayoría de las felonías se resuelven y el dedo vuelve a funcionar normalmente. Si se deja sin tratar, la presión seguirá aumentando y la infección seguirá extendiéndose. La diferencia entre ambos desenlaces radica en la rapidez con que se busque atención médica.

Cuándo consultar a un especialista

El felón es una infección; por eso, las señales de alerta se refieren a la rapidez de la evolución, no a dejar el dedo en reposo y esperar. Acuda a urgencias si el dolor es intenso y palpitante, o si todo el dedo se hincha, enrojece y duele al doblarse. Eso puede indicar que el pus se ha extendido al túnel tendinoso, y requiere evaluación inmediata. Solicite atención urgente si la punta del dedo sigue dolorida durante 12 horas o más, pues para entonces suele haberse formado un absceso. Consulte a su médico de cabecera sin demora si padece diabetes o si su sistema inmunológico está debilitado, ya que en esas situaciones las infecciones progresan más rápidamente. Además, si en la punta del dedo aparecen ampollas con líquido transparente en lugar de pus, indíquelo a quien lo atienda, pues eso sugiere la presencia de herpes labial en el dedo, el cual no debe ser incidido ni drenado.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Vale la pena leer sobre el felón, ya que, según la evidencia, ambas ideas que la mayoría de la gente supone al respecto son incorrectas: los antibióticos no son lo que lo cura, y el motivo por el cual es una urgencia no tiene nada que ver con el tamaño aparente de la lesión.

LA CIRUGÍA ES EL TRATAMIENTO ADECUADO; LOS ANTIBIÓTICOS NO LO SON.

La concepción instintiva respecto a una infección es que los antibióticos eliminan las bacterias y que la cirugía sirve únicamente para drenar el absceso. En el caso de un felón sin complicaciones, esto es prácticamente lo contrario de lo que ocurre.

Un estudio prospectivo realizado con **46 dedos** tratados mediante escisión **sin administrar ningún antibiótico postoperatorio** reveló que **45 de ellos sanaron**. El único caso de fracaso no se debió a un control inadecuado de la infección, sino a una **escisión incompleta**, la cual se corrigió quirúrgicamente [1]. En el mismo estudio se menciona una encuesta realizada por la Sociedad Francesa de Cirugía de la Mano, según la cual **el 66 % de los cirujanos de mano ya no administran antibióticos** tras drenar un felón sin complicaciones, y el 63 % tampoco lo hace tras tratar una paroniquia [1].

Es importante precisar que estas conclusiones son válidas únicamente para un **felón sin complicaciones** en pacientes **sin otros factores de riesgo**. Cuando existen osteitis, linfangitis diseminada, afectación de la vaina flexora, diabetes o inmunosupresión, el plan terapéutico debe modificarse por completo.

SI SE ADMINISTRAN ANTIBIÓTICOS, LAS OPCIONES HABITUALES SUELEN SER INADECUADAS

La segunda suposición que conviene desmontar es que el antibiótico estándar de primera línea será suficiente para tratar la infección.

Un estudio de diez años realizado con **815 infecciones de mano en entornos urbanos** reveló que, aunque la incidencia general del SARM ha disminuido, este **sigue siendo el microorganismo más frecuente**; además, la resistencia a la clindamicina y a la levofloxacina **aumentó de forma constante** a lo largo de la década. La conclusión de los autores resulta inusualmente contundente para un artículo de este tipo: el tratamiento empírico de las infecciones de mano debe **evitar el uso de penicilinas, betalactámicos, clindamicina y levofloxacina** [2].

Estos son, precisamente, los fármacos a los que se recurre instintivamente. Por eso es común que una infección grave de la mano “tratada con antibióticos” no mejore; asimismo, el hallazgo mencionado anteriormente —de que una infección bien drenada no requiere antibióticos— resulta menos paradójico de lo que parece a primera vista.

¿POR QUÉ LA PULPA DIGITAL ES ÚNICA EN EL CUERPO?

La pulpa de la yema del dedo no es simplemente un saco de tejido adiposo. Está dividida en una serie de pequeños compartimentos cerrados por **septos fibrosos** que van desde la piel hasta el periostio de la falange distal.

Esto tiene dos consecuencias. El pus que se acumula en uno de esos compartimentos no tiene espacio para expandirse; por eso la presión aumenta rápidamente. Esa es la razón por la cual una felon causa un dolor desproporcionado respecto a su tamaño, y por qué el dolor es pulsátil y empeora por la noche. Además, esa presión actúa directamente sobre el hueso y sobre los pequeños vasos sanguíneos que lo irrigan; así, una felon sin tratar puede derivar en **osteomielitis de la falange distal**.

Esto también explica el fallo técnico más común: una incisión que abre la piel pero no rompe deliberadamente los septos drena únicamente un compartimento, dejando los demás sellados. La felon parece haberse tratado, pero no mejora. Lo que determina si se resuelve es la descompresión completa, no el tamaño de la incisión.

PARTE DEL DAÑO ES CAUSADO POR EL PROPIO SISTEMA INMUNITARIO

Una perspectiva más reciente redefine el propósito de la cirugía. Gran parte de la destrucción tisular en una infección de la mano no se debe directamente a las bacterias, sino a los **neutrófilos que el cuerpo envía para combatirlos**; las enzimas que destruyen a las bacterias también digieren el tejido circundante [3]. Por ello, el drenaje y la irrigación no solo eliminan el pus y alivian la presión; también **diluyen los mediadores inflamatorios** responsables del daño.

Se trata de un cambio de énfasis más que de un cambio en la práctica médica, pero constituye una explicación satisfactoria para algo que los médicos observan: el alivio tras la descompresión suele ser más rápido y completo de lo que cabría esperar tras la simple eliminación de una pequeña cantidad de pus.

REFERENCIAS

- [1] Pierrart J, Delgrande D, Mamane W, Tordjman D, Masmejean EH. Absceso agudo de dedo y paroniquia: no es necesario usar antibióticos tras el tratamiento quirúrgico. Estudio prospectivo de 46 pacientes. Hand Surg Rehabil. 2016;35(1):40-43. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2015.12.003>
- [2] Kistler JM, Thoder JJ, Ilyas AM. Incidencia del SARM y tendencias en el uso de antibióticos en infecciones de la mano en entornos urbanos: estudio longitudinal de 10 años. Hand (N Y). 2018;14(4):449-454. <https://doi.org/10.1177/1558944717750921>
- [3] McGrouther DA. Infecciones de la mano: enfoque terapéutico basado en una nueva comprensión del daño tisular provocado por la acción conjunta de bacterias y neutrófilos. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(9):838-848. <https://doi.org/10.1177/17531934231174819>