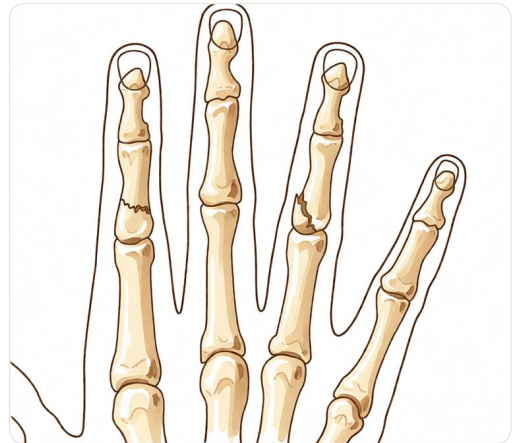


Fracturas de dedos

Radiografía que muestra un patrón de fractura en una falange digital.

Servier Medical Art / smart.servier.com, CC BY 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

Las fracturas de dedos suelen ocurrir de forma repentina: al caerse sobre la mano, al recibir un golpe directo, al chocar con un balón o al doblar el dedo en una posición incorrecta. Algunas personas sienten o escuchan un chasquido en el momento de la lesión. Los dedos meñique y anular son los que más se lesionan; el pulgar y el índice también son comunes, ya que soportan gran parte de la carga al usar la mano.

De inmediato, el dedo se vuelve doloroso e hinchado; con frecuencia aparecen moretones después. El dedo puede verse doblado, torcido o fuera de su posición normal, y es posible que no quiera moverlo. Las tareas cotidianas se vuelven difíciles: abrocharse una camisa, sostener un bolígrafo, girar una llave o agarrar el picaporte de una puerta. A veces la lesión parece leve, como un dedo “trabado” con la articulación media hinchada y dolorosa; sin embargo, en algunos casos se desprende un pequeño fragmento óseo de la articulación, lo cual puede pasar desapercibido. Si el dedo queda rotado, de modo que al cerrar el puño los dedos se cruzan entre sí, eso también es importante, pues esa torsión no se corrige sola con el crecimiento o la cicatrización del dedo.

En los primeros días, el dolor suele intensificarse al intentar mover el dedo e incluso puede despertarlo por la noche. La hinchazón y la rigidez aumentan durante la primera semana aproximadamente. En las semanas siguientes, a medida que comienza la curación, el dolor disminuye gradualmente y los movimientos se vuelven más fáciles, aunque el dedo puede permanecer rígido por un tiempo.

Hay algunos aspectos que conviene conocer desde el principio: la mayoría de las fracturas de mano sanan sin necesidad de cirugía. A menudo se lesionan varios dedos a la vez; más de la mitad de las personas con una fractura en un dedo también tienen otra fractura en otro dedo simultáneamente. Si la piel se rompe sobre la zona de la fractura, se trata de una lesión abierta que requiere atención inmediata; una cuarta parte de estas fracturas abiertas necesitan más de una operación, especialmente tras traumatismos por aplastamiento. Los

niños y adolescentes también sufren este tipo de fracturas; existen dos picos de edad: de 0 a 2 años y de 12 a 16 años.

¿Qué ocurre realmente?

Una fractura de dedo es una rotura en uno de los pequeños huesos que componen el dedo. Cada hueso digital tiene tres partes: una base cerca de la articulación metacarpofalángica, un cuerpo central y una cabeza en el extremo distal. La punta del dedo cuenta con su propio huesecillo, que termina en una superficie redondeada.

El dedo está diseñado para doblarse. Posee tres articulaciones que permiten el movimiento hacia la palma, facilitando así el agarre; cada una de ellas puede flexionarse ampliamente. Los músculos y tendones actúan sobre estos huesos desde ambos lados: los tendones flexores se encuentran en la cara palmar, mientras que los tendones extensores se ubican en el dorso de la mano. Los tendones flexores son más fuertes que los extensores.

Esta fuerza muscular es crucial cuando se produce una fractura. Los músculos que actúan a ambos lados del hueso fracturado pueden hacer que los fragmentos se doblen hacia la palma, de modo que el dedo queda en una posición flexionada, similar a una garra, si no se realinea correctamente. Una torsión del hueso genera otro problema: los dedos pueden cruzarse al cerrar el puño, algo que probablemente ya haya notado. Incluso una pequeña torsión de 10 grados puede hacer que la punta de un dedo se superponga a la del vecino en 2 centímetros.

Una lesión que merece mención es el dedo en martillo. Cuando se recibe un golpe o impacto, la punta del dedo se dobla bruscamente hacia abajo mientras se intenta mantenerla recta; esto provoca el desprendimiento del tendón extensor de la base ósea distal. El tendón puede arrastrar consigo un pequeño fragmento óseo. El resultado es una punta de dedo que permanece caída y no se endereza por sí sola, aunque aún se puede flexionar de forma pasiva.

El proceso de curación es similar, independientemente del tipo de fractura. El hueso se repara mediante la formación de nuevo tejido óseo a través de la línea de fractura, y los tejidos blandos se reorganizan en torno a él. En el caso de un tendón desgarrado, es necesario mantener sus extremos juntos para que puedan volver a unirse. Si los fragmentos óseos quedan bien alineados y estables, el dedo suele recuperarse sin necesidad de cirugía. No obstante, si la fractura afecta a una articulación o los fragmentos quedan desplazados y no se mantienen alineados, la situación cambia, ya que la superficie articular debe quedar perfectamente ajustada para que el dedo funcione adecuadamente después.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica de cada paciente. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado 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 su mano y solicitamos radiografías desde varios ángulos. En ocasiones, la ecografía

o la tomografía computarizada resultan útiles cuando las radiografías no detectan lesiones pequeñas, especialmente en niños.

Muchas fracturas de dedos sanan sin cirugía. Si la fractura es estable o está apenas desplazada, normalmente podemos enderezarla y mantenerla inmóvil mediante una férula, un yeso o el método de “buddy taping”, en el cual el dedo lesionado se sujeta con cinta adhesiva a un dedo sano contiguo. Existen pautas claras para ciertos tipos de fracturas: la fractura en martillo requiere una férula rectificadora en la punta del dedo durante 6 a 8 semanas, y posteriormente solo por las noches durante 2 a 4 semanas más. Una fractura con desprendimiento de un pequeño fragmento óseo requiere aproximadamente una semana con férula, seguida de 3 semanas de “buddy taping”. Las fracturas de dedos en niños casi siempre se resuelven con férula y movilización temprana. Supervisamos la cicatrización mediante nuevas radiografías e incorporamos terapia de mano para recuperar el movimiento del dedo en el momento adecuado.

La cirugía se recomienda desde el principio cuando los fragmentos óseos están muy desplazados, cuando la superficie articular se ve afectada o cuando el dedo no permanece alineado. Otros motivos para intervenir son una torsión que hace que los dedos se crucen al cerrar el puño, un dedo acortado o una lesión abierta con piel rota. En algunos casos pediátricos, como ciertas fracturas cercanas a una articulación, es necesario fijar el hueso de inmediato para evitar complicaciones posteriores. El objetivo de la operación es alinear los fragmentos y mantenerlos en su posición mientras sanan. A veces existen ambas opciones de tratamiento, y la decisión se toma en conjunto: una fractura mal alineada en la falange del meñique podría sanar sin cirugía, pero usted quizás no acepte el bulto que quede ni las molestias que ello conlleva.

Independientemente del camino elegido, las primeras semanas son similares. El control del dolor le brinda comodidad mientras disminuye la hinchazón. Se protege el dedo para evitar cualquier interferencia con la cicatrización del hueso o del tendón. Posteriormente, la fisioterapia o la terapia de mano restablecen el movimiento, pues un dedo mantenido inmóvil durante demasiado tiempo tiende a quedar rígido.

Qué esperar

La cicatrización comienza rápidamente una vez que el dedo queda protegido y alineado. Si su fractura se trata sin cirugía, la mayoría de las personas recuperan el uso pleno de la mano en un plazo de ocho a diez semanas desde la lesión. Durante ese tiempo, el dedo se mueve; el objetivo es lograr un rango de movimiento útil y sin dolor, no una imagen radiográfica perfecta. Algunas fracturas en los huesos de los nudillos sanan bien incluso cuando el hueso queda ligeramente más corto, sin que ello afecte la fuerza de agarre.

En caso de cirugía, el objetivo sigue siendo el mismo: un dedo alineado, que sane y funcione correctamente. Muchas personas recuperan una fuerza de agarre casi normal y buen movimiento en el dedo. No obstante, la recuperación no siempre es fluida: el dedo puede permanecer rígido durante meses. Tras ciertas lesiones en la base de la mano, el movimiento de la muñeca vuelve rápidamente, pero la extensión de los dedos, es decir, su enderezamiento, puede seguir siendo deficiente durante más de tres meses. La rigidez es el problema más frecuente tras la cirugía con placas y tornillos: afecta a alrededor del 43 % de los dedos tratados de este modo para ciertas fracturas inestables.

También pueden ocurrir otras situaciones. A veces el material ortopédico utilizado para fijar el hueso irrita el dedo y debe retirarse, lo que implica una segunda intervención menor; esto sucede en aproximadamente el 8 % de los pacientes tras cirugía por fracturas de nudillos, generalmente unos dos meses después de la primera operación. En el 25 % de los casos de lesiones abiertas, en las que la piel se rompe, se requieren varias operaciones; esto ocurre especialmente tras traumatismos por aplastamiento o cuando el riego sanguíneo del dedo se ve afectado. Las lesiones en el pulgar y el dedo índice también tienen mayor probabilidad de necesitar una intervención adicional.

Independientemente del tratamiento, espere que el dedo esté rígido y lento antes de recuperar su normalidad. La hinchazón disminuye con el paso de las semanas; el movimiento vuelve gracias a la fisioterapia, y las tareas pesadas o delicadas son las últimas en poder realizarse. El verdadero indicador de éxito no es cómo se ve el hueso en la radiografía, sino si el dedo le resulta útil: un dedo que sana bien pero permanece rígido y doloroso puede resultar más una carga que una ayuda.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Busque atención médica de urgencia si su dedo está claramente doblado o torcido, si la piel está rota en la zona de la lesión, si el dedo está entumecido o con hormigueo, o si no puede usar la mano en absoluto. Una fractura de dedo con herida abierta es una lesión abierta que requiere atención inmediata. Algunas lesiones parecen leves a primera vista: un dedo “trabado” con hinchazón y dolor en la articulación media a veces implica daño en la superficie articular o en el cartílago de crecimiento en niños; además, ciertas fracturas cercanas a la uña pueden comprimir el lecho ungueal y provocar infecciones o problemas en la uña si no se detectan a tiempo. Si el dedo de su hijo resulta lesionado y la uña o la piel en su base aparecen desgarradas o fuera de su posición normal, hágalo examinar ese mismo día.

Después de la primera consulta, vigile la evolución de la lesión. Consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada si el dolor no disminuye, o si la hinchazón, el rango de movimiento o la funcionalidad no mejoran semana tras semana a medida que cicatriza. Un dedo que permanece rígido, sigue doliendo o queda rotado al hacer un puño merece ser revisado nuevamente en lugar de esperar a que mejore por sí solo.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. Las fracturas de dedos merecen una lectura adicional debido a dos hallazgos que contradicen la práctica habitual: los antibióticos profilácticos no parecen ser útiles en las fracturas abiertas de la punta del dedo; y, en el caso de las complejas fracturas articulares en la falange media, ningún método de fijación ha demostrado ser superior a los demás.

LOS ANTIBIÓTICOS PARA UNA FRACTURA ABIERTA DE LA YEMA DEL DEDO NO REDUCEN LAS INFECCIONES

En las fracturas abiertas de la falange distal, en las que el hueso queda expuesto a través de una herida, generalmente tras un traumatismo por aplastamiento, se administran habitualmente antibióticos profilácticos basándose en el principio general de que las fracturas abiertas requieren dicho tratamiento.

Sin embargo, la evidencia no respalda esto en este caso. En un estudio con **353** pacientes, los resultados **no evidenciaron ningún efecto de los antibióticos profilácticos sobre la tasa de infecciones superficiales** tras fracturas abiertas de la falange distal; los autores concluyeron que se debe priorizar **la irrigación y desbridamiento rápidos en lugar de la administración de antibióticos profilácticos** [1].

La diferencia radica en limpiar la herida frente a medicarla. La eliminación mecánica de la contaminación es lo que reduce el riesgo de infección; en este contexto, los antibióticos no demostraron aportar nada adicional. Dados los costos derivados del uso innecesario de antibióticos, es importante saber que prescindir de ellos tras una limpieza adecuada de la herida se basa en evidencia científica y no en un descuido.

EN CUANTO A LAS FRACTURAS-LUXACIONES DE LA ARTICULACIÓN MEDIA, NINGUNA TÉCNICA RESULTA SUPERIOR

Las fracturas-luxaciones en la articulación interfalángica proximal constituyen una de las lesiones más complejas en la mano: se trata de una articulación pequeña cuya superficie ósea se ha fracturado y que debe ser reducida y mantenida en esa posición durante el movimiento.

En un total de **735** pacientes, la comparación resulta instructiva precisamente porque no permite determinar cuál opción es mejor: **la fijación percutánea logró el mayor rango de movimiento postoperatorio, el fijado con pin de bloqueo de extensión produjo la mayor fuerza de agarre, y ningún método de tratamiento ni tipo de fractura arrojó resultados sistemáticamente mejores que los demás** [2].

Cuando más de la mitad de la superficie articular se ve afectada, una opción reconstructiva consiste en reconstruirla mediante un injerto del hueso hamato. En **235** pacientes, la artroplastia hemi-hamato resultó ser fiable y eficaz, brindando alivio de los síntomas y restauración funcional [3].

¿POR QUÉ LA RIGIDEZ ES EL VERDADERO ENEMIGO?

La razón por la cual estas lesiones resultan difíciles de tratar no es que el hueso no cicatrice; las fracturas de dedos se unen con facilidad. El problema radica en que el dedo se vuelve rígido.

Los tendones flexores y extensores discurren justo junto al hueso, con muy poco tejido blando entre ellos; por eso, la sangre y la inflamación alrededor de una fractura se transforman en tejido cicatricial que adhiere los tendones al hueso. Este proceso avanza considerablemente en cuestión de semanas, y una vez establecido resulta difícil de revertir.

Por este motivo, las fracturas de dedos se reducen tempranamente siempre que la fractura sea lo suficientemente estable, y la elección del método de fijación se basa, en parte, en si permite el movimiento o no, y no únicamente en cuán rígidamente mantiene el hueso en su posición. Esto también explica la situación aparentemente paradójica en la que una fractura aparece perfectamente curada en la radiografía, pero el dedo no puede doblarse: el hueso nunca fue el problema.

REFERENCIAS

- [1] Metcalfe D, Aquilina AL, Hedley HM. Antibióticos profilácticos en fracturas abiertas de falange distal: revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(4):423-30. <https://doi.org/10.1177/1753193415601055>
- [2] Demino C, Yates M, Fowler JR. Tratamiento quirúrgico de las fracturas-dislocaciones de la articulación interfalángica proximal: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2019;16(4):453-60. <https://doi.org/10.1177/1558944719873152>
- [3] Faulkner H, Graham DJ, Hile M, Lawson RD, Sivakumar BS. Artroplastia de hemi-hamate para fracturas de la base de la falange media: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2021;18(2):300-6. <https://doi.org/10.1177/15589447211014623>