

Reparación de tendones flexores

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

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión específica. 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 consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen para determinar qué ha resultado lesionado.

La reparación de un tendón flexor consiste en suturar el tendón del dedo o pulgar que ha sufrido un corte. Estos tendones son los encargados de doblar los dedos; cuando uno de ellos se corta, el dedo no puede doblarse por sí solo. Dado que se trata de una lesión aguda, a menudo se recomienda la cirugía de inmediato, sin antes intentar un tratamiento no quirúrgico. Un tendón cortado no recupera por sí solo toda su fuerza; sin reparación, es muy probable que el dedo permanezca rígido o débil.

El objetivo de la operación es dotar a la reparación de suficiente resistencia para que usted pueda comenzar a mover el dedo pronto, lo cual ayuda a evitar que el tendón se adhiera dentro de su vaina. El fin último es restaurar el rango de movimiento y la función normales de su dedo.

Antes de la operación

La reparación del tendón flexor suele realizarse poco después de la lesión, por lo que no hay mucho que organizar. Su cirujano le indicará cuándo debe dejar de comer y beber. Pedimos que ayune durante siete horas para que sea posible adelantar su operación si el programa quirúrgico lo permite. Es posible que deba interrumpir el uso de algunos de sus medicamentos habituales antes de la cirugía; su cirujano le dará instrucciones precisas sobre cuáles y durante cuánto tiempo. Lleve una lista escrita de todos los medicamentos que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación, y el día de la misma vista ropa holgada y cómoda. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista; sin embargo, la mayoría de las personas no requieren esto. Es posible que ya se hayan solicitado

estudios de imagen como radiografías, ecografías o resonancias magnéticas para ayudar a planificar la operación.

El día de la intervención

Llega a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registra y prepara para la cirugía. Allí conoce al anestesta. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día. A continuación, se le lleva al quirófano, donde se lleva a cabo la intervención.

Despierta en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de procedimiento y su recuperación.

Qué implica la operación

El cirujano realiza una incisión sobre el dedo o la palma para acceder al tendón roto. Se localizan los extremos cortados del tendón y se unen nuevamente. El tendón se sutura con puntos resistentes que atraviesan su núcleo, además de puntos finos alrededor del borde exterior de la reparación. Estos puntos externos aportan mayor resistencia a la reparación. Se utilizan varios hilos de sutura en toda la zona de reparación, ya que una reparación con más hilos resulta más fuerte que una con menos.

El cirujano trabaja con cuidado alrededor del tendón y de las delicadas estructuras que lo rodean, pues estas permiten que el tendón se deslice al doblar el dedo. La técnica de reparación empleada depende del lugar exacto donde se produjo el corte en el tendón. Algunas zonas del dedo son más difíciles de operar que otras, y la técnica elegida refleja esta circunstancia.

Una vez reparado el tendón, se cierra la piel con puntos de sutura y se aplica un vendaje. Deberá mantener ese vendaje durante unos 10 días, tal como se describe en la sección de recuperación.

El objetivo final es lograr una reparación lo suficientemente fuerte para que pueda empezar a mover el dedo enseguida, lo cual reduce el riesgo de que el tendón se adhiera dentro de su vaina.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán de cerca mientras el efecto de la anestesia desaparece. Su mano estará cubierta con un vendaje y una férula que mantendrán el dedo inmóvil. Antes de salir del quirófano, se habrá acordado con usted un plan para el alivio del dolor; además, podrá solicitar más analgésicos en cualquier momento. Alguien debe permanecer con usted durante las primeras 24 horas. Podrá levantarse y caminar en cuanto se sienta estable; entonces se le mostrará cómo proteger la mano mientras se mueve. Su equipo le informará si podrá volver a casa ese mismo día o si deberá permanecer una

noche en el hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando venga a la consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, el dedo le dolerá y se hinchará; el malestar suele ser mayor al inicio. Tomar analgésicos regularmente, mantener la mano elevada sobre almohadas mientras está sentado o descansando, y moverla suavemente ayudan a aliviarlo. Con el paso de las semanas, la hinchazón disminuye gradualmente.

La mano quedará inmovilizada mediante una férula que protege la reparación realizada. La terapia de mano postoperatoria la llevará a cabo Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby le indicará los ejercicios y confeccionará cualquier férula que necesite. Comenzará a mover el dedo desde el principio, ya que el movimiento suave evita que el tendón se adhiera dentro de su vaina. Al principio, los ejercicios parecen muy sencillos: a menudo consisten en doblar el dedo un poco, dentro de los límites que le indique su terapeuta. Son tan importantes como la propia operación, por lo que es fundamental realizarlos tal como se le indica.

En casa, podrá realizar la mayoría de las tareas cotidianas con la otra mano. Deberá mantener la férula seca y evitar levantar, agarrar o cargar cosas con la mano operada hasta que su terapeuta se lo autorice. Al principio, dormir puede resultar incómodo; apoyar la mano sobre una almohada suele ayudar.

A medida que recupera el movimiento, los ejercicios se vuelven más complejos; una vez que la hinchazón desaparezca, las actividades diarias le resultarán más fáciles. Su cirujano y Ruby le indicarán cuándo la reparación es lo suficientemente estable para dar cada nuevo paso, incluido cuándo podrá volver a conducir; nuestra guía sobre cómo conducir tras una cirugía de la mano y el miembro superior detalla las normas aplicables.

La recuperación varía según cada persona, por lo que su cronograma puede ser distinto. Su cirujano y su terapeuta le guiarán durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

En algunos casos, el tendón reparado puede desgarrarse. Es posible que sienta un “chasquido” repentino o que el dedo pierda fuerza; también podría notar que el dedo, que antes se doblaba durante los ejercicios, ya no lo hace por sí solo. Si esto ocurre, comuníquese con la clínica de inmediato en lugar de esperar a su próxima cita de seguimiento.

Puede formarse tejido cicatricial alrededor de la zona reparada, adhiriéndose al tendón dentro de su vaina. El dedo entonces solo se doblará parcialmente, o se sentirá rígido y “atascado” al intentar moverlo. A veces esto mejora únicamente con fisioterapia; si no es así, una pequeña intervención quirúrgica libera el tejido cicatricial y permite el movimiento normal del tendón. Indique cualquier rigidez que no mejore durante sus citas de seguimiento.

Las infecciones son poco frecuentes, pero requieren atención rápida. Esté atento a cualquier dolor que empeore en lugar de mejorar, enrojecimiento que se extienda desde la herida, calor, hinchazón o secreción de líquido. Una infección profunda en la vaina tendinosa puede dejar el dedo rígido incluso con tratamiento oportuno; por eso es fundamental una evaluación temprana. Llame a la clínica ese mismo día, o acuda a urgencias si no consigue contactar a nadie.

Después de la recuperación, algunos dedos pueden presentar otros problemas: pueden “chasquear” o “engancharse” al doblarse, o un dedo podría no doblarse por completo debido a su interacción con los demás. El dedo meñique, en particular, suele tener menos movilidad que los demás. Si nota chasquidos, bloqueos o movimientos desiguales, coménteles esto en su próxima cita.

Una minoría de pacientes necesitarán algún tipo de cirugía adicional, ya sea por una reparación fallida, tejido cicatricial u otros motivos. Su cirujano le explicará los detalles si esto llegara a ser necesario.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas; si desea información específica, puede consultarla.

¿Cuándo deben llamarnos?

Llámenos si tienen fiebre, o si la herida se vuelve más roja, caliente o hinchada, o si comienza a secretar líquido. Llámenos el mismo día si el dolor empeora en lugar de mejorar. Acudan a urgencias si experimentan dolor intenso y repentino, un “chasquido” en el dedo que impide su movimiento, hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar. También deben acudir a urgencias si pierden la sensibilidad en los dedos o si no pueden moverlos en absoluto. Si no logran contactar a nadie en la clínica, diríjase al servicio de urgencias.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La reparación del tendón flexor merece una lectura más detallada, pues está regida por un único y estricto equilibrio: el movimiento que impide que el tendón se adhiera es el mismo movimiento que puede deshacer la reparación. Prácticamente toda decisión técnica en esta intervención constituye un intento de crear un margen de seguridad entre esos dos posibles fallos.

EL EQUILIBRIO ENTRE BENEFICIOS Y RIESGOS, MEDIDO

Un metaanálisis de **569** reparaciones en la zona II comparó el movimiento activo temprano con el movimiento pasivo temprano tras la cirugía [1]. El grupo que realizó movimiento **activo** temprano logró una mayor amplitud total de movimiento activo, que es el criterio determinante para saber si el dedo será funcional [1].

Ese mismo análisis también reveló los riesgos asociados. Se observó un mayor riesgo de ruptura en el grupo que realizaba flexión y extensión activas **cuando el tendón se había reparado mediante una sutura central de 2 hilos** [1].

Esa condición es el punto clave, y fácilmente se pasa por alto. El movimiento activo temprano no es intrínsecamente peligroso, ni la reparación con 2 hilos es intrínsecamente débil. El problema radica en la combinación de ambos factores. La resistencia de la reparación y el nivel de intensidad de la rehabilitación constituyen una única decisión que deben tomar conjuntamente el cirujano y el terapeuta de mano; ambas deben ser compatibles. Si su terapeuta de mano y su cirujano parecen conversar sobre el tipo específico de sutura empleada, significa que el sistema está funcionando como debe.

¿POR QUÉ LA LITERATURA CIENTÍFICA ES MÁS DIFÍCIL DE LEER DE LO QUE DEBERÍA SER?

Una revisión sistemática de **1,878** reparaciones de tendones flexores digitales tuvo como objetivo comparar las técnicas de sutura de núcleo de 2 hilos frente a las de múltiples hilos; sin embargo, **no** logró confirmar su hipótesis de manera definitiva. Esto no se debió a que el resultado fuera negativo, sino a la gran variabilidad en la forma en que se reportaban los resultados y los diseños de los estudios [2].

Este es un problema recurrente en la cirugía de la mano: distintos artículos utilizan mediciones de movilidad distintas, definiciones diferentes de “buen resultado” y momentos de seguimiento variados, lo cual hace que la agrupación de datos sea prácticamente inútil. Cuando se observan afirmaciones categóricas de que una técnica de reparación es superior a otra, la conclusión honesta que arroja la evidencia agrupada es que la forma de reportar los datos aún no es lo suficientemente consistente como para llegar a una certeza.

EL USO DE FÉRULAS MÓVILES: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA AÚN ES ESCASA

Las órtesis de movimiento relativo, es decir, férulas que mantienen el dedo reparado en una posición ligeramente distinta a la de los dedos vecinos para así favorecer el deslizamiento tendinoso, han transformado la rehabilitación de tendones extensores. Una revisión sistemática realizada con **529** pacientes concluyó que actualmente existen pruebas suficientes de que este método es **seguro en reparaciones de tendones extensores en las zonas V–VI**, aunque la evidencia respecto a reparaciones de **tendones flexores** sigue siendo limitada [3].

Por tanto, se trata de una vía prometedora, pero aún no constituye un estándar consolidado en el caso de los tendones flexores. Es razonable preguntarse qué protocolo se está empleando y por qué.

HACIA DÓNDE SE DIRIGE LA TÉCNICA

Una línea de investigación acepta ese compromiso y busca soluciones para contrarrestarlo. Una técnica para la zona II que emplea un sutura de destensión externa —una sutura temporal colocada fuera de la piel para aliviar la carga sobre la reparación— fortaleció considerablemente la estructura y permitió el inicio temprano de movimientos activos con menor riesgo de ruptura, aunque a costa de limitar el movimiento de la articulación distal hasta que se retire dicha sutura [4].

Ese es un resumen adecuado del estado actual de la disciplina: la tensión fundamental no se ha resuelto, sino que se gestiona de forma más inteligente.

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA SU RECUPERACIÓN

La terapia no es un cuidado posterior a la cirugía; forma parte de la operación en sí. Asistir a las sesiones y realizar exactamente la cantidad prescrita, sin excederla, es lo que le permitirá mantenerse dentro de los límites

del equilibrio descrito anteriormente. Una ruptura en las primeras seis semanas suele implicar una segunda operación, partiendo de una situación inicial peor que la primera.

REFERENCIAS

- [1] Xu H, Huang X, Guo Z, Zhou H, Jin H, Huang X. Resultados de la reparación quirúrgica y la rehabilitación de lesiones del tendón flexor en la zona II de la mano: revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2023;48(4):407.e1-407.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.11.013>
- [2] Hardwicke JT, Tan JJ, Foster MA, Titley OG. Revisión sistemática de las técnicas de sutura de núcleo de 2 hilos frente a múltiples hilos y sus resultados funcionales tras la reparación del tendón flexor digital. J Hand Surg Am. 2014;39(4):686-95.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.12.037>
- [3] Shaw AV, Verma Y, Tucker S, Jain A, Furniss D. Órtesis de movimiento relativo para el movimiento activo temprano tras la reparación de tendones flexores y extensores de los dedos: una revisión sistemática. J Hand Ther. 2023;36(2):332-46. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2023.02.011>
- [4] Suszynski TM, Coutinho D, Kaufmann RA. Reparación del tendón flexor en la zona II reforzada con una sutura de destensión externa: reparación del tendón flexor con protección. J Hand Surg Am. 2023;48(10):1065.e1-1065.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.018>