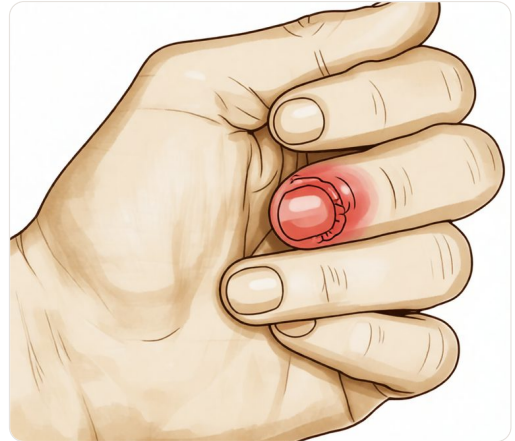


Infecciones de la mano

Una mano con celulitis: una infección de los tejidos blandos que se manifiesta mediante enrojecimiento, hinchazón y calor.

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

Una infección en la mano suele doler en un solo punto. La piel sobre esa zona puede estar roja, caliente e hinchada. El dolor suele intensificarse al mover el dedo o al agarrar algo. Descansar la mano alivia un poco el malestar, pero el dolor no desaparece por sí solo.

Las tareas cotidianas se vuelven difíciles: abrochar botones, girar una llave, sostener una taza de té o escribir en el teclado pueden resultar dolorosos. Si la infección afecta a la vaina tendinosa de un dedo (el túnel por donde se desliza el tendón), todo el dedo puede hincharse y quedar ligeramente doblado. Enderezarlo duele, y el dolor persiste incluso cuando otra persona intenta enderezarlo con suavidad. Si la articulación está infectada, esta se hincha, es sensible al tacto y está caliente; moverla en cualquier dirección resulta muy doloroso.

Algunas infecciones se extienden por la piel en forma de rayas rojas y sensibles; además, los ganglios de la axila pueden inflamarse y doler. La hinchazón puede hacer que el dorso de la mano parezca abultado, y a veces es difícil determinar dónde se ha acumulado el líquido. Por la noche, el malestar aumenta, pues la hinchazón se intensifica cuando la mano permanece inmóvil.

La mayoría de las infecciones aparecen en cuestión de horas o días, no semanas. Si el enrojecimiento, la hinchazón y el dolor empeoran en lugar de mejorar, eso indica infección y no una simple distensión. Algunas afecciones presentan síntomas muy similares: la gota, una picadura de insecto, una reacción a una astilla o un brote de artritis; por eso, al principio no siempre es fácil identificar la causa.

Informe a su cirujano si padece diabetes, enfermedad renal o alguna condición o medicamento que debilite su sistema inmunitario. Estos factores influyen en el comportamiento de la infección y en el tratamiento necesario. Lo mismo aplica a cualquier infección que no haya mejorado tras tomar antibióticos o tras limpiar la herida, ya que algunas infecciones de crecimiento lento requieren pruebas especiales para ser identificadas.

Con un tratamiento oportuno, la mayoría de las infecciones de tejidos blandos de la mano se resuelven por completo. El riesgo de demorar el tratamiento es que pueda aparecer rigidez, flexión permanente del dedo o, en casos graves, incluso la pérdida del dedo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La mano es un espacio muy concurrido. Veintisiete huesos se encuentran muy juntos bajo una piel que es delgada en el dorso de la mano y está firmemente adherida a la palma. Los tendones, esas “cuerdas” que mueven los dedos, se deslizan a través de túneles estrechos. Uno de esos túneles, la vaina flexora, rodea al tendón que permite el movimiento de flexión del dedo; su interior está revestido por una capa lisa que nutre y lubrica el tendón. Cuando las bacterias penetran mediante un corte, una astilla o una herida punzante, ese espacio cerrado no les permite propagarse más que a lo largo del túnel.

La hinchazón es el verdadero problema. En un túnel así no hay espacio para que se produzca hinchazón, por lo que la presión aumenta. Si esa presión sigue subiendo, puede interrumpir el flujo sanguíneo hacia el propio tendón. Entonces el tendón se cicatriza adhiriéndose a la vaina que lo rodea, lo que deja el dedo rígido incluso después de que la infección haya desaparecido. Por eso una infección de la vaina tendinosa requiere tratamiento inmediato, sin esperar unos días.

Otros lugares también presentan sus propios riesgos. La almohadilla de grasa en la punta del dedo está dividida en pequeñas cavidades selladas por fibras resistentes; por eso una infección allí (llamada “felon”) genera presión rápidamente y puede extenderse al hueso o a la articulación cercana. La piel junto a la uña también puede albergar una infección lenta y persistente (paroniquia crónica), a menudo provocada por hongos; la humedad se filtra bajo la cutícula y mantiene la zona inflamada. En algunas personas, los túneles tendinosos del pulgar y del dedo meñique están conectados, de modo que la infección puede propagarse de un lado de la palma al otro.

La mayoría de las infecciones de la mano son causadas por bacterias que normalmente viven en la piel y penetran a través de alguna lesión. Otras provienen de mordeduras, ya sean humanas o de animales. La diabetes, los corticoides o un sistema inmunitario debilitado facilitan que la infección se instale y alcance estructuras más profundas como tendones, huesos o articulaciones. Por eso su cirujano le preguntará sobre su historial médico y por qué el tratamiento temprano es crucial: con atención oportuna, la mayoría de las infecciones de tejidos blandos se resuelven por completo; en cambio, la demora conlleva riesgo de rigidez permanente.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, trata las infecciones de la mano actuando con rapidez, ya que la demora es lo que provoca daños duraderos. 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 la historia clínica, examinamos su mano y solicitamos los exámenes necesarios para determinar qué tipo de microorganismo está causando la infección y hasta qué profundidad ha llegado.

En muchas infecciones en fase inicial, el primer paso es no quirúrgico. Si una infección de la vaina tendinosa se detecta dentro de las 48 horas posteriores al inicio de los síntomas, los antibióticos y un entablillado pueden impedir su propagación. Luego se realiza un seguimiento estrecho; si la situación no mejora rápidamente, procedemos a la cirugía en lugar de esperar. Tras cualquier tratamiento, mantener la mano en una posición protectora mediante entablillado y mover los dedos tempranamente ayuda a prevenir la rigidez. La rehabilitación es fundamental: una mano infectada que no se mueve se vuelve rígida, por lo que la terapia forma parte del plan de tratamiento, no es un complemento opcional.

Los antibióticos constituyen la otra vertiente del tratamiento médico. La primera prescripción se elige para cubrir a las bacterias más probables de causar su infección; una vez que los resultados de laboratorio indican exactamente cuál es el patógeno, cambiamos al antibiótico adecuado. Algunas infecciones requieren antibióticos por vía intravenosa en lugar de comprimidos; en casos graves, el tratamiento puede durar entre 4 y 6 semanas. Si su sistema inmunológico está debilitado por alguna enfermedad o por medicamentos como los esteroides, tratamos con mayor rapidez e intensidad, pues estas infecciones pueden agravarse con mayor facilidad. Las mordeduras, ya sean humanas o de animales, también suelen requerir antibióticos preventivos.

La cirugía se considera cuando hay pus que drenar o cuando la infección ha alcanzado tendones, huesos o articulaciones. Un absceso o acumulación de líquido bajo la piel debe liberarse para aliviar la presión; con frecuencia, la herida se rellena inicialmente para favorecer el drenaje. Una infección en la punta del dedo (llamada “felon”) o una infección junto a la uña (paroniquia) se drena mediante una pequeña incisión, a veces extirpando parte de la uña. La infección de la vaina tendinosa requiere lavar dicha vaina, mientras que la infección ósea (osteomielitis) implica eliminar el tejido necrótico y administrar antibióticos durante un período prolongado. Una excepción importante: si una ampolla en el dedo resulta ser una infección viral (herpes labial en la mano), no se recurre a la cirugía, pues abrirla podría empeorar el cuadro.

Qué esperar

La mayoría de las infecciones de la mano detectadas a tiempo se resuelven por completo con tratamiento. Con una atención oportuna, la mayor parte de las infecciones de los tejidos blandos desaparecen totalmente y la mano vuelve a la normalidad. Cuanto antes reciba tratamiento, mayores serán sus posibilidades de evitar rigidez o daños duraderos.

El tiempo de recuperación depende de la profundidad a la que haya llegado la infección. Una infección de la piel o de la uña puede mejorar en cuestión de días tras el drenaje o el uso de antibióticos. En cambio, una infección de la vaina tendinosa, una infección ósea o una infección articular requieren más tiempo; algunas necesitan semanas de tratamiento antibiótico. Incluso después de que la infección haya desaparecido, el dedo puede permanecer rígido durante un tiempo. Mover los dedos tempranamente, una vez que su cirujano lo autorice, ayuda a evitar que esa rigidez se vuelva permanente.

Si el tratamiento se retrasa, el pronóstico es menos favorable. Una infección de la vaina tendinosa que persiste durante varios días puede provocar cicatrización del tendón dentro de su canal, dejando el dedo rígido incluso tras la curación de la infección. Las infecciones graves pueden causar pérdida permanente de la función; en algunos casos, incluso la pérdida del dedo, a pesar de un tratamiento exhaustivo y oportuno. Por eso estas infecciones se consideran casos de urgencia y no se dejan en observación por unos días.

Algunas infecciones se comportan de manera distinta. En personas con diabetes o con el sistema inmunitario debilitado, las infecciones pueden propagarse más rápidamente y afectar estructuras más profundas; por ello requieren un tratamiento más agresivo y, a veces, más de una intervención quirúrgica. Las infecciones de crecimiento lento, como las causadas por micobacterias (un grupo de microorganismos relacionados con el que produce la tuberculosis), necesitan tratamientos antibióticos prolongados combinados con cirugía para erradicarlas; su recuperación puede tardar meses en lugar de días.

Por lo general, se le pedirá que regrese después del tratamiento para comprobar que la infección está desapareciendo y que su mano se mueve correctamente. Asista a esas citas aunque se sienta mejor, ya que algunos problemas solo se manifiestan cuando la hinchazón disminuye. Si el dolor, el enrojecimiento o la hinchazón reaparecen tras haber parecido remitir, comuníquese con su cirujano en lugar de esperar a ver qué sucede.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Las infecciones de la mano requieren atención inmediata. El daño causado por la demora se produce rápidamente; por eso, no espere a ver si la situación mejora por sí sola.

Acuda a urgencias si observa rayas rojas que se extienden desde la mano hacia el brazo, si todo el dedo está hinchado, doblado y demasiado doloroso para enderezarlo, o si la piel se está oscureciendo, formando ampollas o desgarrándose. Lo mismo aplica si presenta fiebre y malestar general junto con los síntomas en la mano, o si la mano sufrió una lesión y ahora está muy hinchada y tensa. Estos signos pueden indicar una infección profunda o en expansión que requiere evaluación y tratamiento el mismo día.

Solicite una valoración urgente, preferiblemente el mismo día, si el dolor es intenso y empeora, si una articulación del dedo está caliente, hinchada y demasiado dolorosa para moverse, o si se observa acumulación de pus bajo la piel o junto a una uña. Una infección que no mejora tras uno o dos días de tratamiento antibiótico también requiere revisión; no basta con esperar a que termine la receta.

Consulte a su médico de cabecera sin demora ante cualquier infección en la mano, incluso si parece leve. Esto es especialmente importante si padece diabetes, enfermedad renal o alguna afección o toma medicamentos que debiliten su sistema inmunitario, pues en esos casos las infecciones pueden propagarse más rápido y afectar zonas más profundas. Informe a su médico sobre cualquier mordedura reciente de animal o persona, herida punzante, o antecedentes laborales o de viaje que pudieran sugerir la presencia de un patógeno poco común.

Si una infección se repite con frecuencia o nunca se resuelve por completo a pesar del tratamiento, solicite una evaluación por parte de un especialista, ya que algunas infecciones de crecimiento lento requieren pruebas específicas para su identificación.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. Las infecciones de la mano merecen una lectura adicional, ya que los antibióticos que generalmente se administran

en primer lugar son, en este contexto específico, los incorrectos; además, ciertas infecciones de la mano constituyen una emergencia quirúrgica que con frecuencia se confunde con un caso leve.

EL MICROORGANISMO MÁS COMÚN RESISTE A LOS ANTIBIÓTICOS MÁS HABITUALES

Un estudio longitudinal de diez años realizado con **815** infecciones de mano en entornos urbanos reveló que, aunque la incidencia anual de MRSA ha disminuido en general, este **sigue siendo el patógeno más frecuente**. Por otro lado, la resistencia a la clindamicina y la levofloxacina **ha aumentado de manera constante**. La conclusión de los autores es clara: el tratamiento antibiótico empírico para infecciones de mano debe **evitar la penicilina, los betalactámicos, la clindamicina y la levofloxacina** [1].

Esta lista de antibióticos a evitar es más extensa de lo que la mayoría espera; además, incluye muchos de los fármacos que habitualmente se recetan para infecciones cutáneas en otras partes del cuerpo. En la práctica, esto significa que el hecho de que una infección de mano no mejore con el antibiótico de primera línea es algo común y predecible, no una excepción; por ello, es recomendable consultar a un especialista en lugar de persistir con el mismo tratamiento.

Los patrones de resistencia varían según la zona, por lo que este criterio debe entenderse como un principio general y no como una prescripción rígida. No obstante, explica por qué, con frecuencia, las infecciones de mano requieren un tratamiento más intensivo de lo que su gravedad aparente sugiere.

INFECCIÓN DE LA VAINA FLEXORA: DETALLES QUE DETERMINAN EL DESENLACE

La tenosinovitis flexora piogénica, es decir, la infección que se produce dentro del conducto cerrado por el que discurre el tendón flexor, es la que se comporta de manera distinta respecto a otras infecciones de la mano. Dicha vaina constituye un espacio confinado con escasa irrigación sanguínea; por ello, el pus bajo presión que se acumula en su interior puede destruir la superficie de deslizamiento del tendón en cuestión de días.

En un total de **763** pacientes, dos factores contribuyeron a mejorar el rango de movimiento: **el uso de antibióticos como parte del tratamiento y la irrigación mediante catéter en lugar del lavado abierto**. Las evidencias respaldan tanto el **tratamiento precoz** como el uso sistémico de antibióticos [2].

Cabe señalar que el desenlace evaluado es el rango de movimiento, no la erradicación total de la infección. Es posible curar la infección sin que el dedo recupere su movilidad plena, y ese es el verdadero costo de cualquier retraso en el tratamiento. Los cuatro signos clásicos —dedo hinchado en forma de “salchicha”, ligeramente flexionado; sensibilidad a lo largo de toda la vaina tendinosa; y dolor intenso al intentar estirarlo pasivamente— merecen ser reconocidos, pues su presencia justifica una evaluación inmediata en lugar de limitarse a administrar medicamentos por vía oral.

EL CASO QUE CONSTITUYE UNA VERDADERA EMERGENCIA

La fascitis necrotizante de origen mano es poco frecuente y extremadamente destructiva. La revisión sistemática de **161** casos concluye que **el diagnóstico precoz reviste una importancia capital**, y que la intervención quirúrgica temprana y decidida debe realizarse con **un umbral bajo**, especialmente cuando existen factores de riesgo [3].

El término “umbral bajo” se emplea intencionadamente. En este diagnóstico, esperar a obtener certeza puede resultar en la pérdida de extremidades. Los signos que la diferencian de la celulitis común son: dolor desproporcionado respecto a la apariencia de la lesión, progresión rápida en cuestión de horas y no días, así como síntomas sistémicos como fiebre, confusión y sensación de malestar general, todo ello acompañado de una zona de enrojecimiento que puede parecer de tamaño moderado.

¿POR QUÉ UNA HERIDA PEQUEÑA PUEDE SER ENGAÑOSA?

Existen dos mecanismos que provocan infecciones mucho más profundas de lo que la herida visible indica. Una mordedura en la articulación de un dedo, producida al golpear con la boca, permite que microorganismos bucales penetren a través de la piel, el tendón extensor y la cápsula articular en un solo movimiento; posteriormente, la piel se cierra sobre dicha contaminación. Asimismo, una punción en la palma de la mano puede introducir gérmenes en la vaina del flexor mediante un punto de entrada que se cierra en el transcurso de un día.

En ambos casos, la herida visible no constituye un indicador fiable de la profundidad del problema. El patrón del dolor –en particular el dolor al mover el dedo, en lugar del dolor en la propia herida– resulta más revelador que el aspecto de la piel.

REFERENCIAS

- [1] Kistler JM, Thoder JJ, Ilyas AM. Incidencia de SARM y tendencias en el uso de antibióticos en infecciones de la mano en entornos urbanos: un estudio longitudinal de 10 años. *Hand (N Y)*. 2018;14(4):449-54. <https://doi.org/10.1177/1558944717750921>
- [2] Giladi AM, Malay S, Chung KC. Revisión sistemática sobre el tratamiento de la tenosinovitis flexora piogénica aguda. *J Hand Surg Eur Vol*. 2015;40(7):720-8. <https://doi.org/10.1177/1753193415570248>
- [3] Christopoulos G, Khoury A, Johnson M, Sergentanis TN. Fascitis necrotizante de origen mano: revisión sistemática y metaanálisis. *Hand (N Y)*. 2022;19(4):568-74. <https://doi.org/10.1177/15589447221141486>