

Dedo de Jersey (avulsión del tendón flexor)

Dedo “Jersey”: el tendón flexor profundo se desprende de la punta del dedo, por lo que esta ya no puede doblarse.

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 lesión por tirón de camiseta suele ocurrir en un momento que recuerda claramente, generalmente al agarrar algo durante la práctica deportiva. Un ejemplo típico es agarrar con fuerza la camiseta de un oponente en rugby o fútbol mientras este se aleja; de ahí proviene el nombre de la lesión. Se siente un dolor agudo y repentino en la punta del dedo; posteriormente, el dedo se hincha y puede presentar hematomas.

El signo distintivo es que **no puede doblar la punta misma del dedo**. La articulación de la punta del dedo (la articulación más cercana a la uña, llamada articulación DIP) no se dobla hacia la palma al intentar hacer un puño, aunque el resto del dedo sí se mueve. El dedo anular es, con diferencia, el más afectado. Algunas personas también notan una protuberancia sensible más abajo del dedo o incluso en la palma: esa protuberancia es el extremo del tendón, que se desprendió del hueso y rebotó hacia atrás como una goma elástica liberada.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Un tendón fuerte llamado **flexor digitorum profundus** (FDP) recorre la cara palmar de cada dedo y se inserta en el pequeño hueso situado en la punta del dedo. Su función es flexionar esa última articulación. En el llamado “dedo de jersey”, el dedo es forzado a enderezarse justo en el momento en que el músculo tira con fuerza para doblarlo; como resultado, el tendón se desprende del punto donde se fija al hueso de la punta del dedo, a veces arrancando consigo un pequeño fragmento óseo.

La distancia a la que el extremo suelto del tendón se retrae es de gran importancia; los cirujanos clasifican estas lesiones precisamente según ese criterio (clasificación de Leddy-Packer). Cuando el tendón se retrae solo una corta distancia y permanece dentro del dedo, normalmente conserva parte de su riego sanguíneo y puede

esperar un poco para ser tratado. En cambio, cuando el tendón se retrae completamente hacia la palma, pierde su irrigación sanguínea y el canal por el que normalmente se desliza (el sistema de poleas) comienza a cicatrizar y a cerrarse. Por eso una lesión de “dedo de jersey” con retracción total es **crítica en cuanto al tiempo**: cuanto más tiempo pase sin tratamiento, más difícil resulta volver a colocar y reinsertar el tendón. En las lesiones en las que aún queda adherido un fragmento óseo, este suele permanecer en su sitio y, en ocasiones, puede tratarse con algo más de retraso.

¿Qué podemos hacer al respecto?

En nuestra clínica, el Dr. Kieran Hirpara aborda esta afección confirmando primero el diagnóstico mediante una evaluación minuciosa de sus antecedentes clínicos y un examen físico. Con frecuencia, iniciamos con tratamientos no quirúrgicos para problemas crónicos, recurriendo a la cirugía únicamente cuando dichos tratamientos no brindan suficiente alivio.

El dedo de Jersey casi siempre se trata mediante cirugía para volver a fijar el tendón al hueso. Existen varias técnicas, según cómo se haya desprendido el tendón:

- Si el tendón se desprendió limpiamente del hueso, se vuelve a fijar mediante un pequeño anclaje colocado en el hueso, o mediante suturas que atraviesan la punta del dedo y se atan sobre un botón (técnica conocida como “reparación de extracción”).
- Si el tendón arrancó consigo un fragmento óseo, dicho fragmento se vuelve a colocar en su sitio, generalmente con un tornillo diminuto, alambre o una placa pequeña.

El factor más importante es el momento en que se realiza la intervención. Un tendón que se ha retraído hacia la palma suele requerir reparación **en un plazo de 7 a 10 días**, antes de que pierda demasiada longitud y riego sanguíneo. En cambio, una lesión que permanece sujeta a un fragmento óseo puede tratarse un poco más tarde. Por eso, una evaluación temprana realmente determina las posibilidades de tratamiento.

Si la lesión pasa desapercibida o se detecta semanas o meses después, ya no es posible una simple reinserción del tendón. En esos casos, se requieren intervenciones más complejas: reconstrucción del tendón mediante injerto o, si el problema afecta a la articulación de la punta del dedo, fusión de dicha articulación para lograr un dedo estable y sin dolor. Tras cualquiera de estas cirugías, resulta imprescindible un programa de terapia física gradual y cuidadosamente planificado para permitir el movimiento seguro del tendón sin que se desgarre durante el proceso de cicatrización.

Qué esperar

Cuando una lesión del tendón flexor se diagnostica y repara a tiempo, el pronóstico es favorable y la mayoría de los pacientes recuperan un movimiento fuerte y funcional de la punta del dedo. No obstante, la recuperación no es rápida. Durante las primeras semanas, el tendón flexor reparado es frágil; por ello deberá usar una férula protectora y seguir el programa indicado por el terapeuta de mano, el cual reintroduce el movimiento de forma gradual y segura. Apresurar este proceso es la causa principal del fracaso de la reparación. Por lo general, se

necesitan varios meses para recuperar una fuerza de agarre plena y poder realizar actividades más exigentes; su terapeuta y cirujano le indicarán cuándo podrá volver a practicar deportes o a desempeñar trabajos manuales.

Cabe señalar que incluso una reparación exitosa puede dejar la articulación de la punta del dedo un poco más rígida que en el lado opuesto. Las lesiones tratadas tardíamente, o aquellas que requirieron injerto o fusión articular, suelen presentar una movilidad de la punta del dedo más limitada; precisamente por eso el tratamiento temprano resulta tan beneficioso.

¿Cuándo consultar a un especialista?

- **No puede doblar la punta de un dedo después de una lesión por agarre.** Este es el signo principal de una lesión del tendón flexor; debe ser evaluado **de inmediato: no espere a ver si mejora por sí solo.** Lo que parece ser un dedo “atascado” o torcido puede deberse a un tendón que se ha desprendido del hueso; los mejores resultados se obtienen con una reparación temprana.
- Presencia de un bulto sensible en el dedo o en la palma tras dicha lesión, especialmente si hay pérdida de la capacidad de doblar la punta del dedo.
- Dolor intenso, hinchazón o hematomas en un dedo tras una lesión deportiva o por agarre que no mejoran.
- Cualquier lesión en el dedo en la que el movimiento, la sensibilidad o el aspecto del dedo parezcan anormales: ante la duda, solicite una evaluación, pues el plazo para obtener los mejores resultados puede ser breve.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. El dedo de Jersey merece una lectura adicional, ya que es la lesión de mano en la que la demora en el tratamiento reduce directamente las opciones disponibles; el tendón no permanece en el lugar donde se desgarró. Además, la comparación de métodos de reparación en laboratorio apunta en una dirección, mientras que las consideraciones clínicas indican otra.

¿POR QUÉ EL TIEMPO ES UN FACTOR CRUCIAL EN ESTE CASO?

El tendón flexor digital profundo es el encargado de doblar la punta del dedo. En esta lesión, dicho tendón se desprende de su inserción en la falange distal, generalmente cuando un dedo queda atrapado en la ropa mientras se ejerce fuerza; este es el mecanismo clásico que da nombre a la lesión.

Una vez desprendido, el tendón se retrae a lo largo del dedo; la distancia que recorre determina qué tratamiento es posible. Si permanece cerca de la punta del dedo, sujeto por el riego sanguíneo y el sistema de poleas, puede reinsertarse fácilmente. En cambio, si se retrae hacia la palma, se interrumpe su irrigación sanguínea, la vaina por la que debe volver a pasar comienza a cicatrizar y el propio músculo empieza a acortarse.

Los factores pronósticos reflejan exactamente esto: **la distancia de retracción del tendón hacia la parte proximal, el tiempo transcurrido desde la lesión** y la presencia de un fragmento óseo asociado [1].

Paradójicamente, la presencia de dicho fragmento es una buena señal, pues suele indicar que el tendón sigue anclado cerca de la punta del dedo y no se ha retraído mucho.

Por eso la lesión de “dedo de jersey” requiere tratamiento urgente, aunque el paciente pueda considerar esa urgencia desproporcionada, dado que el dedo no presenta un dolor intenso y sigue funcionando en gran medida.

ES FÁCIL PASARLO POR ALTO; LA RAZÓN ES ANATÓMICA

El dedo parece casi normal. El tendón flexor superficial está intacto, por lo que la articulación media aún se dobla; una observación casual de una mano cerrándose no revela nada evidentemente anómalo.

La única prueba fiable consiste en mantener la articulación media recta y pedirle a la persona que doble únicamente la punta del dedo. Si el tendón flexor profundo está desinsertado, ese movimiento no se produce, y no se produce en absoluto, no solo de forma débil. Es útil saber esto, ya que esta lesión suele atribuirse a un esguince durante la primera semana, que es precisamente cuando existen más opciones de tratamiento.

EL LABORATORIO FAVORECE LOS ANCLAJES DE SUTURA; EN LA PRÁCTICA CLÍNICA LA SITUACIÓN ES MÁS EQUILIBRADA

Existen dos métodos de reparación predominantes: uno consiste en pasar una sutura a través del hueso y atarla sobre un botón situado en el clavo; el otro implica colocar un anclaje de sutura directamente en el hueso.

Tras analizar estudios biomecánicos realizados en **201** especímenes, se observó que la reparación con anclaje de sutura presenta **una mayor rigidez inicial de la estructura y menos formación de espacios vacíos** en comparación con el método de botón de sutura, sin que exista **diferencia significativa en la carga máxima de fallo** [2].

No obstante, la revisión clínica señala que **las reparaciones con múltiples hilos arrojan mejores resultados, que pueden producirse espacios vacíos en las reparaciones mediante botón dorsal y sutura**, y que **el desprendimiento del hueso sigue siendo un riesgo importante en los métodos que emplean anclajes de sutura** [1].

En resumen, cada método presenta sus propias debilidades: la técnica con botón puede provocar estiramiento y formación de espacios vacíos, mientras que el anclaje puede desprenderse de huesos pequeños. La ventaja en rigidez observada en el laboratorio es real, pero solo aborda uno de los dos modos de fallo; esto ilustra perfectamente por qué la superioridad biomecánica no se traduce necesariamente en mejores resultados clínicos.

¿QUÉ SE PIERDE SI NO SE REPARA?

Si no se repara el tendón profundus, la punta del dedo queda incapacitada para doblarse activamente. Para muchas personas esto es tolerable; en casos donde la lesión se presenta muy tarde, aceptarlo constituye una opción válida, ya que las alternativas en esa etapa son el injerto tendinoso por etapas o la fusión de la articulación de la punta del dedo, procedimientos ambos mucho más complejos que una reinserción temprana.

El costo funcional es específico, no general: dificulta agarrar objetos pequeños y completar el movimiento de cerrar la mano alrededor de un mango. Es la diferencia entre una mano que funciona y una mano que funciona a la perfección; el grado de importancia de esto depende íntegramente del uso que se le dé a la mano.

REFERENCIAS

[1] Ruchelsman DE, Christoforou D, Wasserman B, Lee SK, Rettig ME. Lesiones por avulsión del tendón flexor digitorum profundus. J Am Acad Orthop Surg. 2011;19(3):152-62. <https://doi.org/10.5435/00124635-201103000-00004>

[2] Imbergamo CM, Sequeira SB, Miles MR, Means KR. Un metaanálisis de estudios biomecánicos sobre la extracción del botón de sutura frente a la fijación con anclaje de sutura para la reinserción del flexor digitorum profundus. Hand (N Y). 2022;19(4):671-8. <https://doi.org/10.1177/15589447221126760>