CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Dedo en martillo

Dedo en martillo: la punta del dedo se dobla hacia abajo porque el tendón extensor que endereza la última articulación se ha roto o se ha desprendido de su inserción.

Holly Cheng / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0

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

Qué está sintiendo

En el caso de un dedo en martillo, la última articulación del dedo queda caída y no puede enderezar la punta del dedo por sí mismo. Por lo general, el dedo sigue doblándose hacia abajo con normalidad. La lesión se produce cuando el tendón que endereza la punta del dedo se desprende, a veces arrastrando consigo un pequeño fragmento óseo. Suele ocurrir cuando un balón golpea el extremo de un dedo recto, por eso es una lesión frecuente en el fútbol.

El dolor se localiza en la parte dorsal de la última articulación, justo por debajo de la uña. Suele ser más intenso en los primeros días después de la lesión, cuando el dedo está hinchado y sensible al tacto. Doblar la punta del dedo lo empeora. Una vez que el dedo está inmovilizado con una férula y se mantiene recto, el dolor suele calmarse. La caída en sí no duele, pero cambia la forma en que funciona el dedo.

Las tareas diarias que requieren una punta del dedo firme se vuelven difíciles. Recoger monedas pequeñas, enhebrar una aguja, girar una llave pequeña o pulsar botones puede resultar torpe, porque la punta del dedo no consigue apoyarse plana. Escribir o sostener un teléfono también puede sentirse diferente. La articulación media del dedo también puede doblarse hacia atrás más de lo habitual para compensar la punta caída.

Algunas personas notan que el dedo tiene peor aspecto por la mañana, después de que la mano ha estado quieta durante la noche, y que se suelta una vez que empiezan a moverlo.

Algunos signos de alarma requieren actuar con rapidez. Si el dedo se pone caliente, enrojecido, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día. Si hay piel abierta sobre la articulación lesionada, o el dedo presenta una deformidad evidente, acuda ese mismo día. Si el dedo se pone pálido, frío, blanco o azulado, o pierde de repente la sensibilidad o el movimiento del dedo después de una lesión, acuda ese mismo día. Si los síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

Por la parte dorsal de la punta del dedo discurre un delgado cordón de tendón, una cuerda de fibras que une el músculo al hueso. Sus fibras más distales se fijan al último hueso pequeño del dedo, justo por debajo de la uña. Cuando endereza el dedo, ese cordón tira del hueso. En el dedo en martillo, el cordón se ha desprendido de su punto de anclaje. A veces arranca consigo un pequeño fragmento de hueso.

Una vez que el cordón deja de estar fijado, nada sostiene la punta del dedo hacia arriba. El músculo que dobla la punta del dedo hacia abajo sigue funcionando y, como nada tira en sentido contrario, se impone. La punta queda caída y usted no puede enderezarla por sí mismo, aunque todavía puede empujarla hasta dejarla recta con la otra mano. Esto se debe a que el músculo que dobla el dedo está intacto y el cordón que lo endereza no.

La lesión suele producirse cuando una punta del dedo recta se ve forzada a doblarse de repente, por ejemplo al engancharse en un bolsillo o en una sábana al estirar la mano. También puede verse afectada la superficie articular. Si el fragmento óseo desprendido abarca más de un tercio de la superficie articular, o el último hueso se desalinea, por lo general se recomienda la cirugía. Los fragmentos más pequeños suelen tratarse solo con una férula.

Puede quedar cierta caída incluso cuando el tratamiento va bien, y la mayoría de las personas se adaptan a ella sin mucha dificultad. Si la férula no ha funcionado, la cirugía es una opción, aunque no se ha demostrado claramente que la cirugía ofrezca una ventaja.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión específica. Algunos dedos en martillo se curan sin operación y otros necesitan cirugía pronto, por lo que es importante una evaluación sin demora. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica tomamos su historia clínica, examinamos el dedo y solicitamos una radiografía si es necesaria. La radiografía muestra si se ha desprendido un fragmento óseo junto con el tendón, qué tamaño tiene ese fragmento y si el último hueso del dedo se ha desalineado.

Para la mayoría de las lesiones, el tratamiento comienza con una férula que mantiene recta la punta del dedo. La férula debe llevarse puesta de forma continua durante 6 a 8 semanas, porque incluso unos pocos minutos de flexión, por ejemplo al lavarse las manos, pueden deshacer la cicatrización. Nuestra terapeuta de mano, Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, le coloca la férula y le guía en los ejercicios. Un terapeuta de mano puede tratar estas lesiones tan bien como un cirujano, y la férula causa muy pocos problemas en la piel. Si el dedo sigue caído al retirar la férula, las semanas adicionales de férula forman parte del plan y no son señal de que haya fracasado. Añadir una férula nocturna no aporta nada. Si practica deporte, deberá evitar el deporte que causó la lesión mientras el dedo esté inmovilizado con la férula. Incluso las lesiones que se dejaron sin tratar durante 2 a 4 semanas antes del tratamiento pueden evolucionar bien con la férula.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Por lo general se recomienda la cirugía cuando el fragmento óseo desprendido abarca más de un tercio de la superficie articular, o cuando el último hueso del dedo se ha desalineado hacia la palma. También se ofrece en ocasiones para una caída que persiste después de la férula, o para una lesión antigua que nunca se trató. Si la férula no ha funcionado, la cirugía es una opción, aunque no se ha demostrado claramente que la cirugía ofrezca una ventaja. La operación mantiene el tendón o el fragmento óseo en su sitio para que la punta del dedo pueda volver a enderezarse, y tiene su propia página.

Qué esperar

La mayoría de los dedos en martillo se resuelven con una férula. Aproximadamente la mitad de las lesiones se curan o mejoran claramente solo con la férula. La férula mantiene recta la punta del dedo durante 6 a 8 semanas, y el tendón cicatriza en esa posición. Si el dedo sigue caído al retirar la férula, más semanas de férula forman parte del plan y no son señal de que haya fracasado.

Su evolución depende en gran medida de que use la férula exactamente según las indicaciones. Las personas que siguen las instrucciones de la férula obtienen mejores resultados que las que se la quitan. Incluso unos pocos minutos de flexión pueden deshacer la cicatrización, por eso la férula se lleva puesta de forma continua. Las lesiones tratadas dentro de las dos semanas posteriores a producirse rara vez dejan una discapacidad duradera. Las lesiones que quedaron sin tratar durante 2 a 4 semanas todavía pueden evolucionar bien con la férula, por lo que empezar tarde no es motivo para darse por vencido.

Puede quedar cierta caída incluso cuando el tratamiento va bien. Es posible que la punta del dedo no quede perfectamente recta, y la mayoría de las personas se adaptan a ello sin mucha dificultad. La última articulación aporta poco al trabajo de agarre, por lo que una pequeña caída permanente suele importar menos de lo que parece. Si la férula no ha funcionado, la cirugía es una opción, aunque no se ha demostrado claramente que la cirugía ofrezca una ventaja.

Si se deja completamente sin tratar, el dedo en martillo tiende a mantener la caída. El tendón no vuelve a fijarse por sí solo sin ayuda. Algunas personas conviven con la caída y se manejan bien, mientras que otras encuentran frustrante la torpeza de la punta del dedo a lo largo de los meses. Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

Cuándo consultar a un especialista

La mayoría de los dedos en martillo se deben a un balón que golpea el extremo de un dedo recto, a menudo en el fútbol. La punta del dedo queda caída y no se endereza por sí sola, lo que suele bastar para motivar una consulta. Algunas fracturas más grandes se comportan de otra manera: la punta del dedo puede seguir recta aunque se haya desprendido un fragmento óseo, por lo que un dedo dolorido que no mejora tras un golpe en la punta sigue mereciendo una radiografía. Las lesiones óseas en martillo suelen producirse cuando el dedo se fuerza hacia atrás, no hacia delante.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Algunos signos requieren actuar con rapidez. Si el dedo se pone caliente, enrojecido, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día. Si hay piel abierta sobre la articulación lesionada, o el dedo presenta una deformidad evidente, acuda ese mismo día. Si el dedo se pone pálido, frío, blanco o azulado, o pierde de repente la sensibilidad o el movimiento del dedo después de una lesión, acuda ese mismo día. Si los síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. Vale la pena leer más sobre el dedo en maza, ya que las dos situaciones que habitualmente se consideran indicaciones claras para la cirugía –la presencia de un fragmento óseo grande y la persistencia de la flexión anormal del dedo tras el uso de férula– no están tan bien establecidas como se afirma con tanta certeza.

AMBOS TRATAMIENTOS PRODUCEN BUENOS RESULTADOS, PERO NADIE SABE DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE

Una revisión sistemática sobre el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico llegó a una conclusión excepcionalmente directa: **ambos métodos generan buenos resultados clínicos**, y **no existen evidencias suficientes para determinar cuándo está indicada la intervención quirúrgica** [1].

Esta segunda parte es la más importante. La controversia no radica en si alguno de los tratamientos funciona; el problema es que el umbral para optar por la cirugía –el punto en el que la fractura se considera demasiado extensa o la articulación demasiado subluxada– se basa en convenciones más que en evidencia comparativa.

Cuando un fragmento afecta a más de un tercio de la superficie articular, o cuando la falange distal presenta subluxación, generalmente se indica la cirugía; sin embargo, **aún no se ha demostrado claramente ninguna ventaja significativa del tratamiento quirúrgico, incluso en esos casos complejos** [2].

EL USO DE FÉRULAS FUNCIONA; LO IMPORTANTE ES LA DURACIÓN

La evidencia científica sobre el uso de órtesis es más concreta. Dos de cada tres estudios hallaron un gran tamaño del efecto en la intervención con órtesis, **que oscila entre 2,17 y 12,12**, recomendándose una duración de inmovilización de **6 a 8 semanas**, además de otras semanas adicionales si persiste el déficit de extensión [3].

Se destacan dos aspectos prácticos. El primero es que la férula debe mantener la punta del dedo recta de forma continua; la posición de la férula basta para mantener las extremidades del tendón juntas, pero unos pocos minutos de flexión durante el lavado reinician el proceso de curación. El segundo es que “las semanas adicionales si persiste el déficit de extensión” forman parte del protocolo de tratamiento, no son señal de fracaso terapéutico.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿POR QUÉ SUELE SER ACEPTABLE UNA LIGERA FLEXIÓN RESIDUAL?

Después del tratamiento, es frecuente que persista una pequeña limitación para la extensión; esto suele ser compatible con un uso normal de la mano. La articulación distal aporta relativamente poco a la fuerza de agarre, y la mayoría de las personas se adaptan a unos pocos grados de flexión sin notar ninguna alteración funcional.

Esto resulta relevante al valorar la conveniencia de una cirugía cuando el resultado no será perfecto: intervenir en esta articulación no está exento de riesgos; el fragmento óseo es pequeño, la piel es delgada, y la fijación mediante clavos o alambres en una articulación de este tamaño conlleva riesgos de infección, deformidad de las uñas y rigidez articular. Todo ello debe sopesarse frente a la ganancia estética y funcional, que suele ser mínima. Dado que los estudios mencionados no evidencian ventajas de la cirugía, ni siquiera en casos complejos, aceptar una ligera limitación funcional es una decisión acorde con la evidencia científica, en lugar de un simple compromiso.

LA DEFORMIDAD QUE NO ES DEDO EN MARTILLO

El dedo en martillo forma parte de un grupo de lesiones del mecanismo extensor; se distinguen principalmente por el lugar del tendón donde se produce la ruptura: en la punta del dedo en el caso del dedo en martillo, en la articulación media en el caso de la deformidad en botón, y en la banda sagital en la articulación metacarpofalángica [4]. En las primeras fases, cuando la hinchazón dificulta la identificación del patrón clínico, estas lesiones suelen confundirse entre sí; además, cada una requiere una posición específica para la inmovilización mediante férula. Si se coloca una férula para dedo en martillo en una lesión en botón, se inmoviliza la articulación equivocada; por eso es fundamental confirmar el diagnóstico antes de proceder a seis semanas de inmovilización.

REFERENCIAS

[1] Lin JS, Samora JB. Manejo quirúrgico y no quirúrgico del dedo en martillo: una revisión sistemática. J Hand Surg Am. 2018;43(2):146-163.e2. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.10.004

[2] Lamaris GA, Matthew MK. Diagnóstico y manejo de las lesiones por dedo en martillo. Hand (N Y). 2016;12(3):223-8. https://doi.org/10.1177/1558944716642763

[3] Valdes K, Naughton N, Algar L. Tratamiento conservador del dedo en martillo: una revisión sistemática. J Hand Ther. 2015;28(3):237-46. https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.03.001

[4] Lin JD, Strauch RJ. Lesiones cerradas del mecanismo extensor de partes blandas (dedo en martillo, dedo en botón y banda sagital). J Hand Surg Am. 2014;39(5):1005-11. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.018

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au