

PATIENT INFORMATION

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 doblada hacia abajo y no puede enderezar la punta del dedo por sí mismo. El dedo puede parecer doblado en la última articulación, la más cercana a la uña. Esta lesión se produce cuando el tendón encargado de enderezar esa articulación se desgarró o se separa, a veces arrastrando consigo un pequeño fragmento óseo.

La última articulación suele ser sensible al tacto y puede presentar hinchazón o hematomas, especialmente en los primeros días tras la lesión. Intentar enderezar la punta del dedo, agarrar una pelota o golpear el dedo intensifican el dolor. Mantener el dedo inmóvil, sujeto con una férula, suele aliviar los síntomas.

En la vida cotidiana, la punta doblada dificulta las tareas delicadas. Recoger monedas, abrochar botones pequeños, escribir a máquina o sostener un bolígrafo resultan complicados, pues la punta del dedo no se endereza. Los deportes con pelota son una causa frecuente de esta lesión; a menudo, un dedo atrapado durante el juego es el desencadenante.

En algunos casos, aparece un segundo problema más arriba del dedo. Cuando la última articulación queda doblada, la articulación intermedia puede empezar a enderezarse en exceso o a doblarse hacia atrás. Si nota esto, indíquelo, pues modifica el tratamiento a seguir.

Un factor es más importante que casi cualquier otro: el momento en que se actúa. Acudir al médico y colocar una férula a tiempo, preferiblemente dentro de las dos semanas posteriores a la lesión, maximiza las posibilidades de recuperar una punta de dedo recta y funcional. La demora puede provocar rigidez permanente o una mala alineación articular. Aun así, si el dedo lleva tiempo doblado, merece ser evaluado, pues existen opciones de tratamiento para casos sin intervención previa.

No es necesario adivinar la gravedad de la lesión. Si la punta del dedo queda doblada tras un golpe, eso basta para solicitar una evaluación, de modo que se pueda aplicar la férula o el tratamiento adecuado antes de que la articulación sufra cambios irreversibles.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La punta del dedo se endereza gracias a un delgado cordón de tendón, una especie de cuerda formada por fibras resistentes, que recorre la parte dorsal del dedo y se fija a su último hueso. En el caso de un dedo en martillo, ese cordón se rompe o se desprende de su anclaje, a veces arrastrando consigo un pequeño fragmento óseo. La articulación distal ya no puede enderezarse desde la parte dorsal; por eso, el tendón encargado de flexionar la articulación la tira hacia abajo, dejándola en una posición curvada que la persona no puede corregir por sí misma.

La mayoría de estas lesiones se producen por una fuerza de compresión: por ejemplo, cuando la punta del dedo queda atrapada en una sábana o cuando un balón golpea un dedo extendido, provocando una flexión brusca de la articulación distal. Con menos frecuencia, una fuerza excesiva que lo estira demasiado rompe un fragmento óseo más grande en la base del último hueso. Cuando dicho fragmento afecta a un tercio o más de la superficie articular, generalmente se recomienda la cirugía. También se recomienda la cirugía cuando el último hueso se desplaza fuera de su posición hacia la palma, ya que la articulación ya no queda donde debería.

La curvatura observada anteriormente es consecuencia directa de esa pérdida de anclaje. Otro efecto puede manifestarse más arriba en el dedo: al quedar la articulación distal fija en posición flexionada, el equilibrio entre las fuerzas de extensión y flexión en el resto del dedo se altera; por eso, en algunos casos se observa una hiperextensión de la articulación media.

Existen dos patrones principales. En uno, solo se rompe el tendón. En el otro, se desprende un fragmento óseo junto con el tendón; ambos patrones parecen similares externamente, pues el tendón va unido al fragmento. En la mayoría de los casos de dedo en martillo, sea cual sea el patrón, basta con usar una férula que mantenga recta únicamente la articulación distal. La cirugía se reserva para las fracturas más extensas, para las articulaciones desplazadas, o para aquellos dedos en los que el tratamiento previo no ha surtido efecto.

¿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. 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 esa consulta, tomamos su historia clínica, examinamos el dedo y, si es necesario, ordenamos una radiografía para comprobar si se ha desprendido algún fragmento óseo y si la articulación sigue alineada.

En la mayoría de los casos de dedo en martillo, el primer paso es usar un yeso que mantenga recta únicamente la articulación distal. Por lo general le pedimos que lo lleve durante 6 a 8 semanas, tanto de día como de noche, y que evite el deporte o la actividad que provocó la lesión mientras lo lleva puesto. Un terapeuta de mano le

colocará el yeso y le enseñará cómo usarlo sin irritar la piel; además, puede gestionar muchas de estas lesiones de principio a fin. Si el tendón se ha desgarrado entre 2 y 4 semanas antes de recibir tratamiento, el uso del yeso sigue siendo igual de eficaz que si se aplicara en las primeras 2 semanas; incluso un dedo al que se le colocó el yeso 12 semanas después de la lesión puede tratarse de forma similar a uno recién lesionado. Algunas personas necesitan llevar el yeso más de 12 semanas; el tiempo exacto depende en gran medida de su comodidad al usarlo. Un yeso nocturno adicional al diurno no aporta beneficios, por lo que no le pedimos que los use ambos. El tipo de yeso, ya sea hecho a medida o prefabricado, importa menos que el cumplimiento estricto de las indicaciones de uso.

Los analgésicos y antiinflamatorios no constituyen un tratamiento para el propio descenso del dedo; sin embargo, pueden aliviar el dolor durante los primeros días mientras el yeso hace su efecto.

La cirugía se considera cuando el yeso no ha funcionado, cuando el descenso del dedo le impide trabajar o cumplir ciertas tareas, o cuando la lesión implica un fragmento óseo de gran tamaño o la articulación se ha desplazado hacia la palma. La intervención consiste en reparar o volver a fijar el tendón responsable de la extensión del dedo, o en recolocar el fragmento óseo; posteriormente, el dedo se mantiene recto mediante un pequeño alambre y un yeso mientras cicatriza. Analizaremos juntos las opciones disponibles y decidiremos si la cirugía se adapta a su dedo y a sus objetivos.

Qué esperar

En la mayoría de los casos, el dedo en martillo mejora con tratamiento conservador en lugar de cirugía. El método habitual es usar una férula que mantenga recta únicamente la articulación distal; este método resulta eficaz para la mayoría de las lesiones, ya sea que solo se haya desgarrado el tendón o que se haya desprendido un pequeño fragmento óseo. Tanto el uso de férulas como la cirugía conducen a buenos resultados; por lo tanto, si el dedo se trata adecuadamente, se espera que quede recto y funcional.

El momento en que se inicia el tratamiento influye en la recuperación. Cuando se coloca la férula dentro de las dos semanas posteriores a la lesión, muy pocas personas presentan discapacidades duraderas. Si el tendón ha estado desgarrado entre 2 y 4 semanas antes de recibir tratamiento, la férula sigue siendo igual de eficaz; incluso un dedo al que se le coloca férula 12 semanas después de la lesión puede tratarse de forma similar a uno recién lesionado. Algunas personas necesitan mantener la férula puesta más de 12 semanas; el tiempo exacto depende en gran medida de su comodidad al usarla.

Si no se trata el dedo, la deformidad suele persistir. La articulación distal puede quedarse rígida en posición flexionada, y la articulación media puede presentar esa sobre-extensión ya mencionada. No obstante, algunas lesiones no tratadas evolucionan bien: los dedos con lesión tendinosa en martillo que permanecen sin tratamiento durante 2 a 4 semanas presentan bajas tasas de complicaciones a largo plazo, y los casos con fragmentos óseos grandes tratados de forma conservadora también tienen bajas tasas de complicaciones. Sin embargo, cuanto más se retrasa el tratamiento, menor es la previsibilidad del resultado; por eso el uso temprano de férulas es tan importante.

La cirugía se reserva para aquel grupo menor de pacientes en los que la férula no resulta suficiente, como en casos de fracturas más grandes o cuando la articulación se ha desplazado de su posición normal. Cabe señalar

que la cirugía para estas fracturas conlleva una tasa de complicaciones del 41 %, en parte porque el tendón responsable de la extensión es delgado y tiene escasa irrigación sanguínea. No obstante, la cirugía realizada posteriormente en casos de fracturas óseas en martillo presenta muy pocas complicaciones. Su cirujano valorará todos estos aspectos con usted, sin imponerle un único camino terapéutico.

No existe una férula específica que se haya demostrado superior a otras, ya sea hecha a medida o prefabricada. Lo que realmente importa es usarla tal como se indica, y eso es algo que usted puede controlar.

Cuándo consultar a un especialista

Si la punta del dedo se dobla hacia abajo tras un golpe, conviene hacerse revisar en cuestión de días, no semanas. El inmovilizado temprano mediante férula brinda la mejor oportunidad de recuperar un dedo recto y funcional; por eso, en cuanto note esa deformidad, solicite a su médico de cabecera una derivación a un cirujano de mano. Lo mismo aplica si la articulación distal está hinchada, amoratada o sensible, y no se puede enderezar.

Algunos signos de alerta son más importantes que otros. Si se ha desprendido un fragmento óseo y afecta a la superficie articular, el dedo puede desviarse hacia la palma. Una fractura más grande o una que se detecta tarde incrementan ese riesgo. Consulte a un especialista si la punta del dedo queda visiblemente fuera de su posición normal, o si la articulación media comienza a doblarse hacia atrás mientras la punta permanece caída.

Acuda a urgencias si el dedo empieza a doler mucho más, se calienta, enrojece o se hincha rápidamente, o si tras una lesión fuerte no puede moverlo en absoluto.

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 retraso [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 retraso” forman parte del protocolo de tratamiento, no son señal de fracaso terapéutico.

¿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] Lamarin 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>