

Esguince infectado de la vaina flexora (tenosinovitis piogénica flexora)

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

Qué está sintiendo

Tiene una infección en el interior de uno de sus dedos o de su pulgar. La infección se encuentra en un estrecho túnel de tejido que rodea al tendón flexor, es decir, la estructura que permite que el dedo se doble al agarrar algo. Los médicos denominan a este túnel vaina del tendón flexor. Cuando las bacterias penetran en él, generalmente a través de un pequeño corte o pinchazo, todo el túnel puede llenarse de pus.

Los síntomas siguen un patrón característico. Todo el dedo se hincha de manera uniforme a lo largo de su longitud, no solo en un punto concreto. El dedo permanece ligeramente doblado, y usted lo mantiene así porque estirarlo le causa dolor. Intentar enderezarlo provoca un dolor agudo, especialmente cerca de la base del dedo, donde la hinchazón suele aparecer primero. Asimismo, presionar a lo largo de la zona afectada resulta doloroso. Estos cuatro signos, en conjunto, indican claramente la presencia de esta infección.

Las tareas cotidianas que requieren un agarre firme y completo se vuelven difíciles o imposibles. Girar un picaporte, sostener una taza, escribir en el teclado o abrocharse la ropa pueden resultar muy dolorosos en ese dedo. El dolor no disminuye con el reposo, ya que el problema radica en una infección dentro de un espacio cerrado, no en una simple sobrecarga muscular.

Esta infección puede progresar rápidamente. Sin un tratamiento temprano, puede dejar el dedo rígido de forma permanente; en casos graves, incluso podría provocar la pérdida del dedo o una enfermedad grave que afecte a todo el cuerpo. Por ello, es imprescindible acudir al médico de inmediato si un dedo presenta dolor, hinchazón y flexión tras sufrir un pinchazo.

Su cirujano podría solicitar análisis de sangre y una ecografía del dedo para detectar la infección. La ecografía permite identificar la presencia de líquido acumulado alrededor del tendón. Una vez confirmada la infección, el tratamiento es más eficaz si se inicia a tiempo. La mayoría de los pacientes necesitan una pequeña intervención quirúrgica para abrir el túnel y limpiarlo, además de tomar antibióticos. Aun con una cirugía y tratamiento antibiótico oportunos, es frecuente que el dedo quede algo rígido después; por eso la rehabilitación con terapia de mano resulta esencial.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Imagínese el tendón flexor como una cuerda que recorre toda la longitud del dedo, tirando de él hacia abajo al cerrar el puño. Esa cuerda se desliza dentro de una vaina sellada, un túnel estrecho revestido de una capa lisa y resbaladiza. Este revestimiento nutre y lubrica el tendón para que pueda deslizarse sin problemas al doblar el dedo.

Cuando las bacterias penetran en esa vaina sellada, generalmente a través de un pequeño corte o pinchazo, la infección no tiene por dónde drenarse. La vaina se llena de pus y la presión aumenta en un espacio que no puede expandirse. Por eso todo el dedo se hincha de forma uniforme y estirarlo resulta muy doloroso: el revestimiento hinchado y sensible se estira cada vez que el tendón intenta moverse.

El peligro radica en el efecto que el pus ejerce sobre el propio tendón. Si no se trata, la infección puede destruir el tendón y adherirlo al revestimiento mediante tejido cicatricial, lo que provoca rigidez y deformidad duraderas. Además, la infección puede propagarse. En algunas personas, la vaina del pulgar se conecta a un canal de líquido en la palma, y la vaina del meñique se conecta a otro canal distinto. Ambos canales se unen en el centro de la muñeca; por eso, una infección iniciada en el pulgar o en el meñique puede extenderse a lo largo de ellos, formando una bolsa de pus en forma de herradura que abarca todo el ancho de la mano.

Por eso el momento del diagnóstico y tratamiento es crucial. Cuanto más tiempo permanezca la infección, mayor daño causará al tendón y a su revestimiento, y más difícil será recuperar la movilidad completa. Un diagnóstico y tratamiento tempranos protegen el tendón; esto suele requerir una pequeña intervención quirúrgica para abrir la vaina, lavar continuamente el pus y administrar antibióticos. Incluso con un tratamiento oportuno, es frecuente que persista cierta rigidez, ya que el tendón ha sufrido daños considerables. No obstante, actuar a tiempo le brinda la mejor oportunidad al tendón para volver a deslizarse con normalidad.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. 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 su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su dedo y, si es necesario, programamos estudios por imagen como una ecografía.

Esta infección se diferencia de muchos otros problemas de la mano por ser una situación de urgencia. No es seguro esperar a ver si mejora por sí sola. Cuanto más tiempo permanezca el pus dentro de la vaina tendinosa, mayor daño causa al tendón y a su superficie de deslizamiento. El tratamiento temprano protege la movilidad del dedo; cualquier demora puede provocar rigidez permanente o, en casos graves, la pérdida del dedo. Por eso, cuando sospechamos de esta infección, actuamos de inmediato, en lugar de probar primero con fisioterapia o férulas.

El pilar fundamental del tratamiento es la administración rápida de antibióticos por vía intravenosa. Estos antibióticos se distribuyen por todo el cuerpo y combaten las bacterias responsables de la infección. Además,

casi todos los casos requieren una pequeña intervención quirúrgica para drenar el pus. Realizamos una o dos incisiones diminutas en el dedo, abrimos la vaina tendinosa y lavamos el pus. Esto alivia la presión dentro de dicha vaina y elimina la infección del tendón. Operar a tiempo brinda al dedo la mejor posibilidad de recuperar su movilidad y función posteriormente.

Tras la operación, el dedo necesitará cuidados durante el proceso de cicatrización. En algunos casos se deja un pequeño tubo para seguir irrigando líquido dentro de la vaina durante un tiempo; otros pacientes solo requieren el lavado durante la propia intervención. Discutiremos con usted cuál método resulta más adecuado para su caso. Posteriormente se inicia la terapia de la mano, pues el tendón necesita ayuda para volver a deslizarse a medida que disminuye la inflamación.

La mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente cuando el tratamiento se inicia a tiempo. No obstante, debemos ser sinceros: incluso con una cirugía y antibióticos oportunos, es frecuente que persista cierta rigidez en el dedo; además, una infección grave puede dejar el dedo con una función deficiente o, en raras ocasiones, requerir amputación. Examinaremos su dedo, analizaremos los hallazgos y decidiremos conjuntamente cuál tratamiento ofrece al tendón las mayores probabilidades de recuperación.

Qué esperar

Esta infección no desaparece por sí sola, ni aparece y desaparece intermitentemente. Es una situación urgente, y el pronóstico depende en gran medida de la rapidez con que se trate. Actuar a tiempo protege el dedo; demorarse empeora la situación.

Con un tratamiento oportuno, la mayoría de los pacientes conservan la funcionalidad de su dedo. La infección desaparece, la hinchazón disminuye en cuestión de días o semanas, y la terapia de la mano ayuda a que el tendón vuelva a deslizarse con normalidad. No obstante, hay que ser sinceros: incluso con cirugía y antibióticos a tiempo, es común que persista cierta rigidez en el dedo, incluso en personas que antes gozaban de buena salud. El tendón ha sufrido mucho, por lo que no siempre es posible recuperar el movimiento completo.

Sin tratamiento, o si este se retrasa, el pronóstico empeora considerablemente. La infección puede destruir el tendón y adherirlo mediante tejido cicatricial dentro de la vaina. Esto provoca rigidez permanente, movilidad limitada o un dedo doblado que no se puede enderezar. En casos graves, incluso con un tratamiento oportuno y exhaustivo, el dedo puede quedar con una funcionalidad deficiente o requerir amputación. Por eso esta afección se considera una emergencia y no algo que pueda dejarse sin atención.

La situación real a lo largo de semanas o meses es la siguiente: la infección misma se controla bastante rápido una vez drenada y tratada con antibióticos, pero la recuperación del movimiento del dedo lleva más tiempo. Primero disminuye la hinchazón; luego, la fuerza de agarre y la capacidad de flexión vuelven gradualmente gracias a la terapia. Algunas personas recuperan un movimiento casi normal; otras quedan con un dedo que se mueve menos que antes, especialmente si el tratamiento se inició tarde o si se encontró pus dentro de la vaina en el momento de la cirugía.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Esta infección es un problema que requiere atención inmediata; no se trata de algo que se pueda simplemente observar sin intervención. Acuda a urgencias o solicite una evaluación el mismo día si tiene un dedo dolorido e hinchado que permanece doblado y le duele al intentar enderezarlo, especialmente después de un corte o pinchazo en el dedo. Lo mismo aplica si todo el dedo se hincha de manera uniforme, o si presionar a lo largo de la zona sensible del tendón provoca dolor. Consulte a su médico de cabecera con urgencia si nota enrojecimiento o hinchazón que se extiende por la mano o la muñeca, o si se siente mal en general y tiene fiebre, pues la infección puede propagarse desde el dedo hacia la mano y el brazo. No espere a que mejore por sí sola. Cuanto antes se trate esta infección, mayores serán las posibilidades de conservar la movilidad del dedo.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo que necesita saber para tomar sus propias decisiones de tratamiento. La infección de la vaina del flexor merece una lectura más detallada, ya que se trata de la única infección de la mano que constituye una verdadera emergencia; además, dos de los factores que más determinan el desenlace clínico se deciden antes de que el paciente llegue al hospital, uno de ellos incluso años antes.

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN CUATRO SIGNOS DESCRITOS EN LA DÉCADA DE 1930 QUE NUNCA HAN SIDO DEBIDAMENTE EVALUADOS

Allen Kanavel describió cuatro signos de una infección en la vaina del flexor: un **dedo hinchado a lo largo de toda su longitud**, en lugar de solo en un punto; que permanece **ligeramente flexionado**; **tierno a lo largo de toda la vaina del tendón**, no solo en una articulación; y, el más útil de los cuatro, **dolor intenso cuando alguien estira suavemente el dedo** [1].

Casi un siglo después, estos cuatro signos siguen siendo la base para el diagnóstico; sin embargo, **su sensibilidad, especificidad y fiabilidad interobservador nunca se han determinado adecuadamente** [1]. Se trata de una deficiencia notable para un diagnóstico cuya demora puede costarle el dedo al paciente.

La consecuencia práctica más importante es la siguiente: **no todos los cuatro signos aparecen en cada caso**, especialmente en niños; **la ausencia de uno o más de ellos no excluye el diagnóstico** [1]. Un dedo que no cumple únicamente uno de los criterios de Kanavel no puede considerarse exento de infección.

LA FORMA DE DRENAR INFLUYE EN LA MOVILIDAD POSTERIOR DEL DEDO

Una vez realizado el diagnóstico, es necesario descomprimir la vaina tendinosa; existen dos métodos principales para ello:

Realizar una incisión quirúrgica en la vaina, o

Introducir un **catéter fino** en ella y realizar irrigación a través de una incisión mucho más pequeña.

Una revisión sistemática que incluyó a **763 pacientes** determinó que la **irrigación mediante catéter genera un rango de movimiento superior al del lavado abierto**, y que el uso de **antibióticos como parte del tratamiento**, en lugar de depender únicamente del drenaje, también mejora la movilidad [2].

Cabe señalar que esto es lo contrario de lo que ocurre en el caso de un felón: en este caso, un absceso pulpal debidamente drenado no requiere antibióticos en absoluto. La diferencia radica en la anatomía: un felón es una cavidad cerrada que se puede vaciar por completo, mientras que la vaina tendinosa es un tubo largo cuya superficie interna es precisamente el punto de deslizamiento del tendón. No es posible limpiarla por completo sin dañar lo que se pretende preservar; por eso los antibióticos cumplen una función que la cirugía no puede lograr.

EL RIESGO DE PERDER EL DEDO DEPENDE PRINCIPALMENTE DEL PACIENTE

Este es el hallazgo menos tranquilizador, pero también el más útil. En la serie de casos analizados, las tasas de amputación estuvieron determinadas en su mayor parte por el estado de salud general del paciente, y no por la técnica quirúrgica: **39 % en pacientes con diabetes, 64 % en quienes padecen insuficiencia renal y 71 % en pacientes con enfermedad vascular periférica**; todos estos valores resultaron estadísticamente significativos [2].

Estas cifras describen una patología distinta a la que presenta una persona sana con una simple astilla incrustada. Por ello, una infección en la vaina tendinosa en un diabético o en alguien con mala circulación se trata con mayor urgencia y con un umbral más bajo para realizar nuevos lavados quirúrgicos. Asimismo, la respuesta honesta a la pregunta “¿conservaré el dedo?” depende mucho más de cuál sea el estado general de salud del paciente que de cualquier procedimiento que se lleve a cabo en el quirófano.

POR QUÉ LA RAPIDEZ EN EL TRATAMIENTO ES MÁS IMPORTANTE QUE CASI CUALQUIER OTRO FACTOR

La vaina tendinosa es un espacio cerrado con escaso aporte sanguíneo; en su interior se encuentra un tendón que depende de su capacidad de deslizamiento para funcionar correctamente. El pus que se acumula bajo presión en dicho espacio produce dos efectos simultáneos: interrumpe el flujo sanguíneo al tendón y genera adherencias que posteriormente limitan su movilidad. Ambos procesos dependen del tiempo transcurrido, razón por la cual **el tratamiento temprano mejora de forma constante los resultados** [2]; también explica por qué la recomendación estándar para esta infección específica es acudir a urgencias en lugar de a la consulta de un médico de cabecera [3].

Aun cuando todo se realiza correctamente y de inmediato, la rigidez posterior es frecuente. El grado de rigidez depende en gran medida del tiempo que la vaina tendinosa estuvo sometida a presión; este es el único factor que el paciente puede controlar, acudiendo a tratamiento a tiempo.

REFERENCIAS

- [1] Kennedy CD, Huang JI, Hanel DP. En resumen: signos de Kanavel y tenosinovitis flexora piogénica. Clin Orthop Relat Res. 2016;474(1):280-284. <https://doi.org/10.1007/s11999-015-4367-x>
- [2] Giladi AM, Malay S, Chung KC. Revisión sistemática del tratamiento de la tenosinovitis flexora piogénica aguda. J Hand Surg Eur Vol. 2015;40(7):720-728. <https://doi.org/10.1177/1753193415570248>
- [3] Goyal K, Speeckaert AL. Tenosinovitis flexora piogénica: evaluación y tratamiento. Hand Clin. 2020;36(3):323-329. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2020.03.005>