

Deformidad en forma de cuello de cisne del dedo

Deformidad en forma de cuello de cisne: la articulación media (PIP) se hiperextiende, mientras que la punta del dedo (DIP) se dobla hacia abajo, confiriendo al dedo su forma característica de cuello de cisne.

Abdulaziz Alkanderi / 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

Probablemente haya notado que uno o más de sus dedos han adoptado una forma extraña. La articulación central del dedo (la articulación grande que está en el medio, no la que se encuentra en la base) se dobla hacia atrás, de modo que el dedo parece ligeramente arqueado o “en forma de cisne”; al mismo tiempo, la articulación más cercana a la uña se inclina hacia adelante. Visto de perfil, el dedo presenta una ligera forma de zigzag.

En las primeras fases, esto suele ser más una molestia que un dolor: el dedo parece “quedarse atascado” o “travarse” al intentar doblarlo, y resulta difícil formar un puño suave o agarrar objetos pequeños. Con el tiempo, el dedo deja de estirarse o doblarse como antes, y las tareas cotidianas (abrochar botones, recoger monedas, sujetar un bolígrafo) se vuelven complicadas y agotadoras. Algunas personas se percatan de ello simplemente porque el dedo se engancha al meter la mano en el bolsillo o en un guante.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El dedo está equilibrado gracias a un sistema ingenioso de tendones y pequeños ligamentos que recorren la parte superior, inferior y lateral de cada articulación. Normalmente, la articulación media (la articulación PIP) no puede doblarse hacia atrás gracias a un pequeño ligamento resistente en la cara palmar llamado **placa volar**, así como a bandas tendinosas situadas a los lados del dedo.

En la deformidad en forma de cuello de cisne, ese equilibrio se pierde. Si la placa volar se vuelve floja, o si los tendones laterales (las bandas laterales) se desplazan hacia la parte superior de la articulación, esta última se extiende excesivamente hacia atrás; y como todos los tendones están conectados, la punta del dedo queda inclinada hacia abajo. Ambos fenómenos ocurren simultáneamente.

Existen varias causas por las que este equilibrio se rompe. A veces comienza en la punta del dedo: un **dedo en martillo** no tratado (una posición anormal de la punta del dedo tras una lesión tendinosa) altera la tracción de los tendones y, poco a poco, hace que la articulación media se incline hacia atrás. Con frecuencia, la causa es la **artritis inflamatoria**, especialmente la **artritis reumatoide**, que estira y debilita los ligamentos. También puede deberse a laxitud articular, lesiones previas o a enfermedades que aumentan la rigidez muscular. Sea cual sea el desencadenante, el resultado final es esa forma característica y reconocible.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara dirige nuestro servicio de cirugía de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, donde guiamos a los pacientes desde la derivación inicial hasta la elaboración de un plan de tratamiento claro. Su proceso comienza con una evaluación clínica exhaustiva para confirmar el diagnóstico y comprender cómo se mueve su dedo. Por lo general, iniciamos con tratamientos no quirúrgicos para problemas crónicos y solo consideramos la cirugía cuando este enfoque no brinda suficiente alivio.

El tratamiento adecuado depende de cuán flexible siga siendo el dedo y de cuál sea la causa del problema; por eso, el primer paso siempre es una evaluación adecuada de la mano y el tratamiento de cualquier artritis subyacente.

Si el dedo sigue siendo flexible y la articulación puede estirarse y doblarse libremente, a menudo comenzamos sin cirugía. Se utiliza una pequeña férula personalizada en forma de **8** (a veces una férula elegante con anillo plateado) que se coloca sobre la articulación media; esta impide el movimiento hacia atrás sin impedir el movimiento normal del dedo. Muchas personas logran buenos resultados con este método, y la terapia ocupacional ayuda a mantener la movilidad de las articulaciones.

Si el uso de férulas no es suficiente, o si el dedo empieza a quedarse rígido, la cirugía puede restablecer su equilibrio. Existen varias opciones bien establecidas, elegidas según las características de su dedo: volver a fijar la articulación media mediante un fragmento de uno de sus propios tendones para evitar que se doble hacia atrás (**tenodesis**); tensar el ligamento flojo del lado palmar; o recolocar los tendones desplazados en su posición correcta. Si la superficie articular está desgastada y rígida (lo cual es frecuente en casos crónicos de artritis), podríamos fusionar la articulación en una posición funcional o, en casos seleccionados, realizar un reemplazo articular.

Qué esperar

Si se detecta a tiempo, mientras el dedo aún conserva flexibilidad, el pronóstico es bueno: un yeso o una intervención quirúrgica de reequilibrio pueden devolverle al dedo una movilidad mucho más útil y natural. Cuanto más rígida y artrítica se vuelva la articulación, más limitadas serán las opciones de tratamiento; por eso es fundamental acudir al especialista antes de que el dedo quede fijo en una sola posición.

En caso de cirugía, deberá llevar un yeso durante un tiempo y posteriormente seguir un programa de terapia de la mano para reentrenar el dedo y proteger la reparación realizada. Esta rehabilitación es parte esencial del resultado final, no un complemento opcional. Cuando la causa es una artritis subyacente, mantenerla bien

controlada con la ayuda de su equipo reumatológico ayuda a evitar que otros dedos presenten el mismo problema.

Cuándo consultar a un especialista

- Una **punta del dedo que cae** y no se endereza por completo tras un golpe o una lesión por atrapamiento (dedo en martillo); el tratamiento temprano puede prevenir la aparición posterior de una deformidad en forma de cuello de cisne.
- Un dedo que comienza a **curvarse hacia atrás en la articulación media**, o que se atasca, cruje o se bloquea al doblarse.
- **Rigidez creciente**, o un dedo que ya no permite formar un puño de manera fluida.
- **Artritis reumatoide o inflamatoria** conocida, acompañada de cambios en la forma de los dedos: vale la pena realizar una evaluación antes de que la deformidad se vuelva permanente.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La deformidad en forma de cuello de cisne merece una lectura adicional, pues no se trata de una sola condición: la misma forma del dedo puede surgir de varios tipos distintos de fallas, tanto en la base como en la punta del dedo; el tratamiento adecuado depende por completo de cuál de ellas haya sido la causa inicial.

UNA MISMA FORMA, VARIAS CAUSAS

La deformidad en forma de cuello de cisne provoca hiperextensión en la articulación media del dedo, mientras que la punta del dedo queda en flexión. Esta postura es el resultado final de un desequilibrio en un sistema interconectado; la causa inicial puede encontrarse en cualquiera de los extremos.

Desde la punta del dedo. Una lesión no tratada del extensor deja el mecanismo extensor desprendido distalmente [1]. La fuerza extensora que ya no se transmite a la punta del dedo pasa en cambio a la articulación media, la cual se va hiperextendiendo progresivamente. Por ello, la deformidad en cuello de cisne puede ser una consecuencia tardía de una lesión ocurrida semanas o meses antes, que aparentemente afectó únicamente a la punta del dedo.

Desde la articulación media. Si el ligamento volar, ese ligamento grueso que impide la hiperextensión de la articulación media, se estira o desgarrar, la articulación se desplaza hacia atrás. Las bandas laterales del tendón extensor quedan entonces por encima del eje articular, reforzando la extensión; en cambio, el tendón flexor profundo queda flojo, lo que provoca la flexión de la punta del dedo.

Por laxitud generalizada o enfermedad inflamatoria. En casos de hipermovilidad, el ligamento volar es intrínsecamente laxo en lugar de estar lesionado. En la artritis reumatoide, la sinovitis debilita con el tiempo los elementos de contención; esta deformidad suele formar parte de un patrón más amplio que afecta a varios dedos [3].

POR QUÉ ESTA DISTINCIÓN DETERMINA EL TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es impedir la hiperextensión de la articulación media; el nivel en el que se corrige debe coincidir con el nivel de la anomalía.

Cuando la deformidad se origina en la punta del dedo, corregir únicamente la articulación media no soluciona el desequilibrio que la provoca. En casos en que la placa volar ha fallado, se puede realizar una tenodesis utilizando un fragmento del tendón flexor superficial para limitar la hiperextensión [2]. Si la causa es inflamatoria, la enfermedad subyacente determinará si cualquier reconstrucción será eficaz; los procedimientos sobre los tejidos blandos en una mano con inflamación activa suelen dilatarse con el tiempo.

Con frecuencia, se emplea primero una férula en forma de anillo plateado o en forma de ocho, que impide los últimos grados de hiperextensión mientras permite el flexado del dedo. Esta férula resulta más eficaz de lo que parece, pues al impedir ese pequeño rango de movimiento se interrumpe el mecanismo que genera la deformidad.

¿FLEXIBLE O FIJA? ESA ES LA OTRA CUESTIÓN DECISIVA

La segunda cuestión es si el dedo aún puede estirarse pasivamente. Una deformidad flexible –que se puede corregir manualmente– podría responder al uso de férulas o a procedimientos de reequilibrio de los tejidos blandos. En cambio, una deformidad fija, en la que la articulación ya no alcanza su rango de movimiento, implica una contractura articular establecida; por ello, los procedimientos sobre los tejidos blandos por sí solos no la corregirán [4].

La implicación práctica es la misma que en el caso de la deformidad en “botón de abotonadura”; por eso ambas merecen ser evaluadas tempranamente: se trata de deformidades progresivas y que se autoperpetúan. El período durante el cual una férula puede mantener recto un dedo con deformidad flexible es considerablemente más amplio que el período en el que la cirugía puede corregir una deformidad fija.

NOTA SOBRE LA DEFORMIDAD RELACIONADA

La deformidad en forma de botón, en cierto modo, es la imagen reflejada: la articulación media se dobla y la punta del dedo se hiperextiende. Se produce por una falla en la porción central del tendón extensor, y no por una falla en la lámina volar. Ambas deformidades se describen por separado; confundirlas es importante, ya que las posiciones de inmovilización mediante férulas son opuestas.

REFERENCIAS

- [1] McKeon KE, Lee DH. Deformidades postraumáticas tipo “boutonnière” y “cuello de cisne”. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(10):623-32. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00272>
- [2] Wei DH, Terrono AL. Uso del “sling” del flexor digital superficial (tenodesis del flexor digitorum superficialis) para la reconstrucción del cuello de cisne. J Hand Surg Am. 2015;40(10):2068-74. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.07.018>
- [3] Smith GC, Amirfeyz R. La deformidad flexible tipo “cuello de cisne” en la artritis reumatoide. J Hand Surg Am. 2013;38(7):1405-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.01.002>

[4] Fox PM, Chang J. Tratamiento de la articulación interfalángica proximal en deformidades tipo “cuello de cisne” y “boutonnière”. Hand Clin. 2018;34(2):167-76. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2017.12.006>