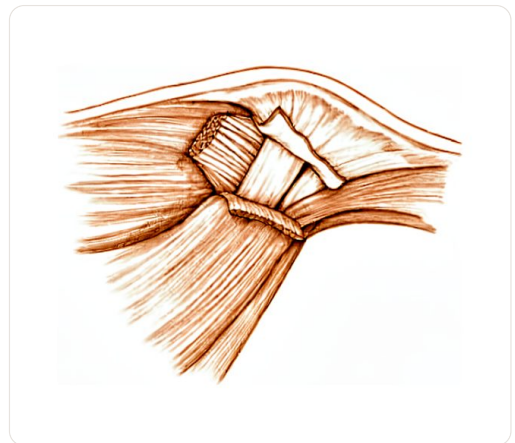


Lesión del ligamento colateral ulnar del pulgar

Desgarro del ligamento colateral ulnar del pulgar (dedo de esquiador).

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 siente usted

La lesión afecta a una banda de tejido en la cara interna de su pulgar, donde este se une a la mano. Los médicos la denominan ligamento colateral ulnar. Esta banda impide que el pulgar se doble excesivamente hacia los lados, alejándose de los demás dedos. Con frecuencia se le llama “pulgar de esquiador”, ya que se produce cuando un esquiador cae mientras aún sostiene el palo de esquí, y el mango fuerza al pulgar a desplazarse hacia afuera. También ocurre en cualquier caída sobre la mano extendida, en la que el pulgar queda desplazado lateralmente.

Por lo general, sentirá dolor, hinchazón y moretones alrededor de la articulación donde el pulgar se une a la mano. La zona más sensible será la cara interna de dicha articulación, es decir, el lado orientado hacia los demás dedos. El dolor suele intensificarse al pellizcar o agarrar algo con ese pulgar: al girar una llave, sostener un vaso pesado, destapar un frasco o apretar el tubo de pasta de dientes. Empujarse hacia arriba desde una silla apoyando la mano plana sobre el asiento también puede causar dolor, ya que esa acción carga el mismo lado del pulgar. El descanso del pulgar suele aliviar el malestar.

Si la banda de tejido se ha desgarrado por completo, notará que el pulgar se siente flojo o inestable al usarlo. La articulación puede quedar ligeramente fuera de su posición normal, y el pulgar podría verse torcido en comparación con antes. A veces se percibe una protuberancia firme en la cara interna de la articulación; esa protuberancia es la banda desgarrada, que se ha doblado y queda retenida en esa posición por una capa de tejido que cubre el músculo circundante. En esos casos, la banda no puede volver a unirse al hueso por sí sola.

Si no se trata, una banda completamente desgarrada suele no cicatrizar: la mayoría de los desgarros totales no sanan únicamente con el uso de férulas. Un desgarrado sin tratamiento puede provocar dolor crónico y dificultades para usar el pulgar. Si algo de lo descrito encaja con su situación, es recomendable que lo haga evaluar a tiempo, pues el tratamiento adecuado depende del grado de desgarrado de la banda.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El pulgar se une a la mano mediante una pequeña articulación que le permite moverse en varias direcciones. Dos bandas de tejido, una a cada lado, mantienen esa articulación estable e impiden que se doble excesivamente hacia los lados. La banda del lado interno, el que queda frente a los dedos, es la que usted se ha lesionado. Esta banda realiza la mayor parte del trabajo al pellizcar; por eso, cuando se desgarrar, el pellizco pierde su soporte adecuado.

El desgarro se produce cuando el pulgar es forzado hacia un lado mediante un movimiento brusco, como al caerse sobre la mano extendida. Por lo general, la banda se desprende del hueso al que se adhiere. En lesiones menos graves también pueden producirse desgarros en el revestimiento que rodea la articulación, lo que puede hacer que esta quede ligeramente fuera de su posición normal. Si la banda solo está parcialmente desgarrada, o si un pequeño fragmento óseo se ha desprendido sin desplazarse, mantener el pulgar inmóvil mediante una férula durante 4 a 6 semanas suele ser suficiente para que cicatrice. En cambio, si la banda está completamente rota, normalmente no sanará por sí sola y se requiere cirugía para volver a suturarla.

Los médicos clasifican la gravedad del desgarro en distintos grados, desde un desgarro parcial hasta uno completo. Cuanto más se haya desplazado el extremo desgarrado, menor es la probabilidad de que una férula sola sea efectiva, y mayor la posibilidad de que la cirugía sea la opción adecuada. En las imágenes diagnósticas se puede observar un signo característico: la banda desgarrada se dobla hacia atrás y queda atrapada bajo una capa de tejido que cubre el músculo; esto impide que la banda alcance el hueso para sanar sin intervención quirúrgica.

Si no se trata el desgarro, la articulación puede permanecer inestable y “blanda”. Con el tiempo, ese movimiento constante desgasta las superficies articulares, lo que puede derivar en artritis por desgaste. Por eso, es importante corregir a tiempo cualquier pulgar que permanezca doloroso e inestable, antes de que la propia articulación sufra daños irreversibles.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica que usted presenta. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En esa primera consulta, tomamos su historia clínica, examinamos ambos pulgares y solicitamos estudios de imagen cuando resultan útiles; esto nos indica hasta qué punto está desgarrada la banda ligamentosa.

Si la banda solo está parcialmente desgarrada, o si un pequeño fragmento óseo se ha desprendido sin salirse de su posición, iniciamos el tratamiento con un yeso tipo “spica” para el pulgar. Este yeso inmoviliza el pulgar y la muñeca, dejando libres los demás dedos. Se mantiene durante un máximo de 4 semanas; luego se sustituye por una férula protectora removible durante otras 3 semanas, acompañada de ejercicios para mantener el movimiento del pulgar. Algunos desgarros parciales se manejan con un yeso o una férula funcional durante 4 a 6

semanas. El objetivo es el mismo en todos los casos: mantener la articulación estable para que la banda pueda volver a unirse al hueso.

Si la banda está completamente desgarrada, o si al examinar la articulación esta se abre mucho más que el pulgar sano, una férula por sí sola no será suficiente para mantenerla estable. El extremo desgarrado podría haberse doblado hacia atrás y quedar atrapado bajo la capa de tejido que cubre el músculo, impidiendo que vuelva a adherirse al hueso. En esas situaciones, recomendamos una cirugía para volver a suturar la banda en su lugar. El cirujano realiza una pequeña incisión en la cara interna del pulgar, vuelve a fijar la banda al hueso y luego cierra los tejidos en capas. Si el desgarro es antiguo y la banda se ha estirado, se puede reconstruir utilizando una tira de tendón; además, un pequeño alambre puede mantener la articulación estable mientras cicatriza. Analizaremos con usted qué opción resulta más adecuada y tomaremos la decisión conjuntamente.

Tras la cirugía, el pulgar queda protegido mediante un yeso o una férula mientras cicatriza; posteriormente, la movilidad se recupera gradualmente mediante terapia de la mano. La duración de cada fase depende de la gravedad de su lesión, y le expondremos el plan terapéutico antes de la operación.

Qué esperar

La mayoría de las personas con un desgarro parcial del ligamento responden bien al uso de un yeso o férula. El pulgar se mantiene inmóvil para que pueda cicatrizar; con el paso de las semanas, el dolor y la hinchazón disminuyen. En cambio, los desgarros completos son distintos: la mayoría no sanan únicamente con el uso de una férula, por lo que normalmente se recomienda la cirugía.

El objetivo de la cirugía es lograr un pulgar estable y sin dolor suficiente para el uso diario. Los pacientes refieren que tanto el dolor como la función del pulgar mejoran durante los primeros tres meses tras la reparación, y nuevamente al cabo de doce meses. Se pueden reparar tanto los desgarros recientes como los antiguos; en ambos casos, los pacientes suelen terminar con un uso similar del pulgar, niveles de dolor parecidos y una satisfacción comparable.

Si el pulgar no se trata, el pronóstico es menos predecible. Una articulación inestable y “suelta” puede provocar dolor crónico y dificultades para pellizcar o agarrar objetos. Con el paso de los años, ese movimiento inestable desgasta las superficies articulares, lo que puede derivar en artritis por desgaste. Incluso tras una reparación exitosa, esa artritis puede aparecer a largo plazo; no obstante, la reparación en sí misma suele mantenerse estable con el tiempo.

Para atletas y personas activas, las noticias son en general positivas. Los deportistas sometidos a esta reparación siguen participando en un número similar de partidos cada temporada y mantienen una carrera deportiva de duración comparable a la de quienes nunca sufrieron esa lesión. Para la mayoría de las personas, volver al nivel de rendimiento previo a la lesión es un objetivo realista tras la cirugía.

¿Cuándo consultar a un profesional?

La mayoría de las lesiones del pulgar mejoran con reposo y el uso de una férula; por eso, si el dolor es leve y la articulación parece estable, es razonable darle al pulgar unos días de descanso. Consulte a su médico de cabecera si el dolor o la hinchazón no comienzan a disminuir en una o dos semanas, o si seguir apretando o agarrando objetos le resulta igual de doloroso que el primer día. Solicite una evaluación especializada cuanto antes si el pulgar se siente suelto o inestable al usarlo, si la articulación parece torcida o fuera de su posición normal, o si nota un bulto duro en la cara interna de la articulación. Estos signos indican la presencia de un desgarro que no sanará por sí solo; cuanto antes se evalúe, más opciones de tratamiento tendrá. Si al caerse el pulgar se desplazó hacia un lado y ahora resulta inestable, le duele al apretar o presenta una forma anormal, no espere semanas para ver cómo evoluciona.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La lesión del ligamento colateral ulnar del pulgar merece una lectura adicional, ya que toda la decisión terapéutica depende de una sola cuestión anatómica: si el ligamento roto ha quedado fuera de alcance o no; además, ahora existe una respuesta clara sobre qué tipo de estudio de imagen debe realizarse para determinarlo.

LA LESIÓN DE STENER Y POR QUÉ CAMBIA TODO

El ligamento colateral ulnar estabiliza el pulgar frente a las fuerzas laterales que se generan en cada pinzamiento y agarre. Cuando se desprende de su inserción, normalmente permanece en una posición que permite su cicatrización.

A veces no ocurre así. Una lámina tendinosa llamada aponeurosis aductora se encuentra por encima del ligamento; si el extremo desgarrado se retrae por encima de dicha lámina, la aponeurosis queda interpuesta entre el ligamento y el hueso. Eso es lo que se conoce como **lesión de Stener**, y es la razón por la cual esta lesión se trata de forma distinta a la mayoría de los esguinces: el ligamento ya no está en contacto con el hueso al que debe adherirse para cicatrizar, por lo que ningún tipo de inmovilización logrará volver a unirlos.

Todos los aspectos del tratamiento dependen de si esta situación se ha producido o no.

LA ECOGRAFÍA ES SUFICIENTE PARA RESPONDER A ESTA DUDA

Dado que la decisión a tomar es binaria y de gran importancia, la cuestión diagnóstica está excepcionalmente bien definida; además, ya ha sido respondida. En un total de **422** pacientes, **tanto la ecografía como la resonancia magnética demuestran una alta precisión diagnóstica para detectar las lesiones de Stener, y la ecografía constituye una modalidad de imagen adecuada como primera opción** [1].

Se trata de información práctica muy útil. La ecografía es más rápida, económica y accesible que la resonancia magnética; cuando cuenta con un operador experimentado, no es necesario realizar una resonancia magnética posterior para confirmar los hallazgos ya obtenidos. Además, es una técnica dinámica: durante el examen se puede someter el pulgar a estrés.

CUANDO NO EXISTE LESIÓN DE STENER, LA LAXITUD ARTICULAR GUÍA LA DECISIÓN TERAPÉUTICA

La guía de la British Society for Surgery of the Hand expone claramente el procedimiento a seguir. Los pacientes con lesiones agudas deben ser evaluados mediante **anamnesis, examen clínico y radiografías**. Aquellos **que no presentan laxitud articular significativa pueden recibir tratamiento no quirúrgico**, mientras que quienes **tienen una laxitud considerable pueden optar, tras una decisión compartida, por la inmovilización no quirúrgica o por la reparación quirúrgica** [2].

Hay dos aspectos que merecen destacarse. El primero es que las radiografías se realizan antes que otras técnicas de imagen avanzadas, en parte para descartar una fractura por avulsión, lo cual también modifica el tratamiento. El segundo es que incluso una laxitud articular considerable no implica obligatoriamente la cirugía: la guía la presenta explícitamente como una decisión conjunta entre la inmovilización y la reparación quirúrgica, lo cual refleja una postura más honesta que la de considerar la operación como la única opción posible.

POR QUÉ LAS CONSECUENCIAS DE UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO SON ESPECÍFICAS

Un ligamento colateral ulnar incompetente no provoca dolor en reposo ni dificultad para realizar la mayoría de las actividades. Sin embargo, hace que el pulgar ceda ante cargas laterales, al girar una llave, abrir un frasco o sostener una olla pesada por el borde; esto ocurre porque la pinza requiere un punto de apoyo estable contra el cual presionar.

Si no se trata, la inestabilidad crónica deriva con el tiempo en artritis de esa articulación. Este es el motivo por el cual una lesión que parece ser un simple esguince merece una evaluación rigurosa: el costo de pasarla por alto no se percibe en las primeras semanas, cuando el pulgar parece estabilizarse y quedar bien, sino mucho más adelante.

REFERENCIAS

[1] Qamhawi Z, Shah K, Kiernan G, Furniss D, Teh J, Azzopardi C. Precisión diagnóstica de la ecografía y la resonancia magnética en la detección de lesiones de Stener del pulgar: revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Eur Vol. 2021;46(9):946-53. <https://doi.org/10.1177/1753193421993015>

[2] Dean B, Rodrigues J, Riley N, Rabey N, Donnison E, Challen K, et al. Guía para el manejo de las lesiones del ligamento colateral ulnar del pulgar: Sociedad Británica de Cirugía de la Mano. J Hand Surg Eur Vol. 2024;49(10):1195-201. <https://doi.org/10.1177/17531934241274612>