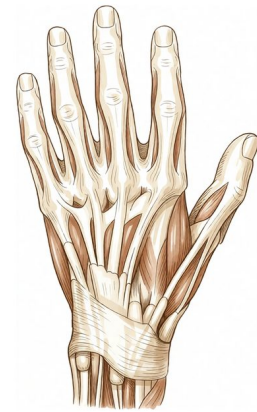


Reparación del tendón extensor

Los tendones extensores que enderezan los dedos se extienden por el dorso de la mano; tras su reparación, quedan protegidos mientras la articulación cicatriza.

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.

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras la reparación quirúrgica de un **tendón extensor** (uno de los tendones en el dorso del dedo o de la mano que permite enderezarlo) realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Abarca las reparaciones efectuadas en el dorso del dedo, la mano y la muñeca (las zonas que los cirujanos denominan **IV a VII**). No incluye la reparación de un dedo en martillo (que se realiza justo en la punta del dedo) ni la reparación del tendón central o de la articulación interfalángica; para esos casos se aplican planes distintos. El protocolo comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa, seguido del protocolo clínico estructurado destinado a su terapeuta de mano. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a su herida después de la cirugía, comuníquese con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su revisión.

Qué esperar

La reparación del tendón extensor consiste en unir nuevamente el tendón roto en la parte dorsal del dedo o de la mano. Antiguamente, para proteger esa reparación se mantenía la mano inmovilizada con un yeso durante varias semanas; sin embargo, esto solía provocar rigidez en los dedos y una recuperación lenta. En la actualidad, se emplea un método moderno y eficaz llamado rehabilitación de **movimiento relativo** (método Merritt).

El elemento clave es un pequeño dispositivo ortopédico llamado **yugo**, que se coloca en la parte dorsal de la mano. Este yugo mantiene la articulación del dedo **reparado** aproximadamente **15 a 20 grados más extendida** que las articulaciones de los dedos adyacentes. Esta ligera diferencia alivia la tensión sobre el tendón en proceso de cicatrización, permitiéndole empezar a usar la mano de inmediato, de forma suave y cómoda, en lugar de permanecer inmovilizada durante semanas. El movimiento temprano, bajo esta protección, favorece el deslizamiento normal del tendón y evita que se adhiera, mientras que el desfase angular evita su sobrecarga.

En la mayoría de las reparaciones (en las zonas habituales de la parte dorsal del dedo y la mano), el yugo por sí solo es suficiente. No obstante, en ciertos casos (reparaciones cercanas a la muñeca, reparaciones más débiles o cuando se considera necesaria mayor protección), también se utiliza un **yeso de muñeca** durante las primeras semanas. **Su terapeuta de mano le indicará si también necesita llevar un yeso de muñeca.**

El plan de recuperación se desarrolla en etapas cuidadosamente planificadas: el yugo se usa a tiempo completo durante unas **seis semanas**, reduciendo su uso a partir de la **semana cinco**; en las semanas intermedias se incorporan movimientos combinados de muñeca y dedos; el **fortalecimiento muscular comienza alrededor de la semana ocho**; y **la vuelta a todas las actividades se produce entre las semanas diez y doce**, una vez que la reparación esté completamente consolidada.

Precauciones y limitaciones

- **Use la férula de yugo todo el tiempo** durante las primeras seis semanas aproximadamente, incluso durante los ejercicios y las actividades cotidianas; solo deberá quitársela o reducir su uso según las indicaciones de su terapeuta de mano. **Su terapeuta de mano le informará si también necesita una férula de muñeca.**
- Desde el principio, haga un uso **ligero** de la mano dentro de la férula, siempre dentro de sus límites de comodidad. NO realice levantamientos, agarres forzados ni actividades que requieran resistencia durante las primeras semanas.
- NO comience ejercicios de fortalecimiento de agarre o pinza hasta que su terapeuta se lo autorice, generalmente alrededor de la octava semana.
- NO forme un puño cerrado con fuerza ni fuerce los dedos en las primeras etapas; límitese a moverlos dentro de los rangos suaves y controlados que le hayan enseñado.
- Mantenga en movimiento las articulaciones más pequeñas de los dedos para evitar que se vuelvan rígidas; la extensión pasiva y suave resulta útil para ello.

Para el cuidado de la herida, la reducción de la hinchazón y la gestión de las cicatrices, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto informativo. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta especializado en mano, respetando siempre los rangos y limitaciones que le hayan indicado. Los primeros ejercicios se realizan **con la férula tipo yugo puesta**: suaves flexiones de nudillos y movimientos de flexión de dedos que permiten deslizar el tendón reparado de forma segura y controlada, sin sobrecargarlo. Los movimientos combinados de muñeca y dedos, así como el fortalecimiento de la prensión y el pellizco, corresponden a fases posteriores y no deben iniciarse hasta que se le autorice expresamente. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en el dorso de los dedos o de la mano.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por fases para la rehabilitación tras la reparación de tendones extensores (zonas IV a VII), utilizando la **extensión por movimiento relativo (RME, por sus siglas en inglés)**. Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial de lo que ocurre. La reparación se protege mediante una **férula tipo yugo**, que mantiene la articulación metacarpofalángica del dedo reparado **entre 15 y 20 grados más extendida** que los dedos adyacentes, reduciendo así la tensión sobre el tendón extensor gracias al efecto “quadriga” y a las juncturae tendineae; por ello, **el movimiento activo inmediato es seguro**.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe operatorio del paciente y su historial médico, y consulte con el cirujano responsable sobre las zonas reparadas, los tendones afectados, la solidez de la reparación y si es necesario utilizar una órtesis de muñeca complementaria. La opción predeterminada del Dr. Hirpara para las zonas V y VI es la férula tipo yugo sola (férula de extensión por movimiento relativo, manteniendo la MCP reparada 15–20° más extendida que las demás). Para la zona VII, reparaciones menos resistentes o pacientes poco colaborativos, se añade una órtesis de muñeca (~20–25° de extensión, durante las primeras 3 semanas aproximadamente). Este protocolo es válido únicamente para reparaciones de tendones extensores dorsales en las zonas IV–VII; NO aplica para lesiones tipo “mallet” (zonas I–II) ni para lesiones del tendón central o de la juncturae tendineae (zona III).

FASE I – YUGO (FÉRULA DE MUÑECA ±), USO ACTIVO INMEDIATO (SEMANAS 0 A 3)

Durante las primeras tres semanas, el yugo protege la reparación mientras el paciente utiliza la mano de forma activa desde el principio. El desplazamiento de extensión relativo de 15–20° alivia la carga sobre la zona reparada, por lo que se fomenta el deslizamiento activo controlado desde el inicio. Se permite un uso funcional leve con la férula; no se deben realizar levantamientos ni ejercicios de agarre resistido.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Coloque el **yugo / férula de extensión con movimiento relativo**: la articulación MCP del dedo reparado debe quedar **15–20° más extendida** que las articulaciones de los dedos adyacentes; la férula se usa **todo el tiempo** - Añada una **ortesis de muñeca (~20–25° de extensión)** únicamente durante las primeras 3 semanas en casos de zona VII, reparaciones más débiles o pacientes poco colaborativos (el yugo por sí solo es el tratamiento estándar para las zonas V–VI) - **Se recomienda un uso leve de la mano con la férula**; NO se permiten levantamientos, agarres forzados ni ejercicios resistidos - Evite los movimientos de puño compuestos forzados; mantenga los rangos de movimiento bajo control

Manejo - Herida: coloque los apósitos quirúrgicos según indicaciones; vigile posibles signos de infección - Edema: mantenga la extremidad elevada, realice masajes digitales suaves y aplique hielo según sea necesario - Ejercicios (dentro de la férula, cada ~2 h): movimientos activos **intrínseco-plus** (flexión de la MCP con las articulaciones IP extendidas) y **intrínseco-minus/gancho** (extensión de la MCP con flexión de las articulaciones IP); realice **extensión pasiva de las articulaciones IP** diariamente para prevenir rigidez - Inicie el tratamiento cicatricial una vez que la herida haya cicatrizado

Criterios para avanzar - La herida se está cerrando; no aparece retraso en la extensión; el paciente logra movimientos activos controlados con la férula a las ~3 semanas

FASE II – SE RETIRA EL SPLINT DE MUÑECA; SE MANTIENE EL YUGO; MOVIMIENTO ACOPLADO (SEMANAS 3 A 6)

A partir de la tercera semana, se suspende cualquier splint suplementario para la muñeca (el yugo se sigue utilizando todo el tiempo). Se incorporan el movimiento acoplado de muñeca y dedos (tenodesis) así como la flexión/extensión activa compuesta, lo cual incrementa el desplazamiento tendinoso de forma controlada y segura para la cicatrización.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Amplitud de movimiento activa y pasiva (articulaciones MCP e IP), retraso en la extensión, dolor e hinchazón; revisión de la herida y la cicatriz

Educación y precauciones - Retirar el **splint suplementario de muñeca** (si se utilizó); **mantener el yugo en uso todo el tiempo** - Progresar con los movimientos de forma gradual; SIN ejercicios de agarre resistido ni fortalecimiento

Manejo - Ejercicios: incorporar el **movimiento acoplado de muñeca y dedos (tenodesis)** y la **flexión/extensión activa compuesta**; continuar con los deslizamientos intrínsecos y la extensión pasiva de las articulaciones IP; uso funcional ligero mientras se lleva el yugo - Continuar con el masaje de la cicatriz una vez curada

Criterios para avanzar - La amplitud de movimiento activa compuesta mejora progresivamente alrededor de las 6 a 8 semanas; sin retraso en la extensión; el dolor disminuye

FASE III: RETIRADA DEL CABESTRILLO, FORTALECIMIENTO Y RETORNO A LA ACTIVIDAD (SEMANAS 6 A 12)

A partir de la semana cinco o seis se comienza a retirar el cabestrillo. El fortalecimiento progresivo de la prensión y la pinza se inicia alrededor de la semana ocho, una vez que la reparación está consolidada, y se intensifica gradualmente hasta alcanzar la actividad completa entre las semanas diez y doce.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango completo de movimiento activo y pasivo, retraso en la extensión, fuerza de prensión/pinza en comparación con el lado contralateral; pruebas funcionales y específicas según el tipo de trabajo, según sea necesario.

Instrucciones y precauciones - **Retirar el cabestrillo a partir de la semana 5**, completamente alrededor de la semana 6, cuando el movimiento y el control lo permitan. - Iniciar el **fortalecimiento progresivo de la prensión y la pinza a partir de la semana 8** (nunca antes). - Aumentar gradualmente la resistencia hasta alcanzar la actividad plena entre las **semanas 10 y 12**.

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento gradual de la prensión y la pinza (apretar pelotas o plastilina, ejercicios de pinza) a partir de la semana 8; aumentar progresivamente la resistencia; continuar con ejercicios para mantener la movilidad residual y la extensión de las articulaciones interfalángicas. - Considerar el alta terapéutica cuando el rango de movimiento y la fuerza sean casi simétricos y el paciente haya recuperado su funcionalidad. -

Derivar nuevamente al médico tratante si persiste el retraso en la extensión, si el progreso del movimiento se estanca o si el resultado clínico es insatisfactorio.

Criterios para retorno a la actividad completa - Rango de movimiento completo y sin dolor, sin retraso significativo en la extensión; fuerza de prensión/pinza casi simétrica; alrededor de **10 a 12 semanas**.

Retorno al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda el uso ligero y cotidiano de la mano con la férula en Y (comer, escribir, vestirse, cuidados personales básicos) desde el inicio, siempre dentro de los límites de la comodidad, siempre que no implique levantar pesos, agarre forzado ni actividades que requieran resistencia. El fortalecimiento muscular comienza alrededor de la octava semana, y la vuelta a todas las actividades sin restricciones ocurre entre las diez y doce semanas, una vez que la reparación está consolidada y se han recuperado el movimiento y la fuerza, según la evaluación del Dr. Hirpara y de su terapeuta de mano, no únicamente en función del tiempo transcurrido.

Conducción: el uso ligero de la mano con la férula en Y es aceptable, por lo que no se prohíbe conducir; sin embargo, debe ser capaz de agarrar el volante y controlar el vehículo de forma segura, incluso en situaciones de emergencia. Para la mayoría de las personas, esto significa retomar la conducción al retirarse progresivamente la férula (alrededor de la sexta semana); puede ser antes si logra controlar el coche cómodamente y su cirujano confirma que es seguro para usted.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación de la clínica: consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [cuidado de las cicatrices](#). El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías de rehabilitación publicadas tras la reparación de tendones extensores mediante la técnica de extensión con movimiento relativo; su recuperación continua será supervisada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución de su mano.