

Dedo en martillo

En el dedo en martillo, el tendón extensor terminal se desprende en la última articulación (la DIP); por ello, la punta del dedo queda caída y no puede estirarse activamente. El tratamiento consiste en inmovilizar dicha articulación en posición recta de forma continua mientras cicatriza.

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.

Este protocolo le guiará en su recuperación de un **dedo en martillo** (una deformidad en la punta del dedo provocada por una lesión en el tendón que endereza la última articulación del dedo), bajo el cuidado del Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. La mayoría de los casos de dedo en martillo se tratan sin cirugía, mediante el uso de una férula que mantiene la punta del dedo recta mientras cicatriza. El proceso comienza con un programa de ejercicios en casa, seguido del protocolo clínico estructurado que se ha diseñado para su terapeuta de mano. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar que la rehabilitación se realice de manera coordinada. Su terapeuta podría modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto al dedo, a la piel bajo la férula o a su evolución, no dude en contactar con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía y enviarla por correo electrónico para su revisión.

Qué esperar

El dedo en martillo se produce cuando el **tendón extensor terminal** (el tendón delgado encargado de enderezar la última articulación del dedo, la DIP situada junto a la uña) se desprende del hueso. Generalmente ocurre tras una flexión forzada de la punta del dedo, como cuando se golpea con una pelota o se da un golpe que “atrapa” el extremo del dedo. En algunos casos el tendón arranca consigo un pequeño fragmento óseo (**dedo en martillo óseo**); en otros, el tendón se desgarrar por sí solo (**dedo en martillo tendinoso**). En cualquier caso, el resultado es el mismo: la punta del dedo queda caída y no se puede enderezar por sí mismo, aunque el resto del dedo funcione normalmente.

La buena noticia es que esta lesión sana con gran fiabilidad únicamente mediante el uso de una férula; para la mayoría de las personas no se requiere cirugía. Todo el tratamiento se basa en un único principio sencillo:

- **La articulación de la punta del dedo debe mantenerse completamente recta, sin interrupción, mientras el tendón sana.** La férula mantiene la última articulación recta (o ligeramente flexionada hacia

atrás) para que los extremos desgarrados puedan unirse. Esta férula se lleva todo el tiempo (día y noche) durante unas ocho semanas en caso de dedo en martillo tendinoso, o unas seis semanas si se trata de un dedo en martillo óseo.

- **Durante este período, la punta del dedo no debe doblarse bajo ninguna circunstancia.** Si la punta se dobla aunque sea brevemente (por ejemplo, al cambiar la férula o al lavarse), el proceso de curación se interrumpe y hay que volver a empezar desde cero. Por este motivo, la precisión con la que se mantenga la punta recta es el factor más importante para una buena recuperación del dedo.
- **Las demás articulaciones del dedo deben permanecer libres y moverse con normalidad.** La articulación intermedia (PIP) y la articulación metacarpofalángica (MCP) quedan fuera de la férula y deben moverse libremente desde el principio; moverlas no interfiere en la curación de la punta.

Una vez transcurrido el período de uso continuo, la férula se va retirando gradualmente (primero solo por la noche o al realizar actividades de riesgo, y luego por completo), mientras se empieza a flexionar poco a poco la punta del dedo. Es normal quedar una ligera flexión permanente de unos cinco a diez grados; esto es esperable, normalmente no afecta al funcionamiento del dedo, y la mayoría de las personas quedan muy satisfechas con el resultado.

Precauciones y limitaciones

- **NUNCA permita que la punta del dedo se doble** durante la fase de inmovilización; ni siquiera por un segundo al lavarse o al cambiar la férula. Si se dobla, el proceso de curación se reinicia y el período de inmovilización vuelve a comenzar.
- **Use la férula todo el tiempo** (día y noche) durante el período indicado por su terapeuta: aproximadamente 8 semanas para un martillo tendinoso, unas 6 semanas para un martillo óseo.
- Solo retire la férula para limpiar y secar la piel, y únicamente si puede mantener la punta del dedo completamente recta en todo momento (apóyela plana sobre una mesa o sostenla recta con la otra mano).
- **Mantenga la articulación media y el nudillo en movimiento** desde el inicio; solo la última articulación debe permanecer inmóvil.
- **Revise la piel a diario.** Informe a su terapeuta de la mano si la piel sobre la parte superior de la articulación se vuelve pálida, blanca o dolorosa; es posible que la férula esté manteniendo la punta del dedo demasiado hacia atrás y necesite ajustes.
- No comience a doblar la punta del dedo hasta que su terapeuta inicie la fase de desacostumbramiento a la férula.

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

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto informativo. El “ejercicio” más importante de todos es, sencillamente, usar la férula correctamente y mantener la punta del dedo recta en todo momento; todo lo demás se basa en eso. Al principio, su tarea consiste en mantener la férula puesta, conservar la salud de la piel y asegurar que las demás articulaciones de los dedos se muevan libremente. Los ejercicios suaves de flexión de la punta del dedo y de estiramiento controlado corresponden a la fase posterior de deshabituación y no deben iniciarse hasta que su terapeuta de mano los indique específicamente. Si algún ejercicio hace que la punta del dedo se doble, interrúmpalo de inmediato y vuelva a usar la férula de forma continua.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación mediante férula del dedo en martillo. Esta sección debe entregarse al terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial de lo que ocurre. La cicatrización depende de **una extensión continua de la articulación DIP**: el tendón terminal (o el fragmento óseo desprendido) solo se une si durante el período de inmovilización la DIP no se flexiona en ningún momento; en cambio, las articulaciones PIP y MCP deben permanecer libres, pues su movimiento no interfiere en la cicatrización del tendón terminal. **El cumplimiento del paciente es el factor determinante del resultado.**

Antes de iniciar el tratamiento, confirme si el dedo en martillo se debe a una lesión tendinosa o ósea y revise las imágenes diagnósticas. Se emplea una ortesis de extensión para la DIP: de tipo Stack, termoplástica o de espuma de aluminio volar/dorsal; el tipo de férula no influye significativamente en el resultado, por lo que se debe elegir según el ajuste, la tolerancia cutánea y el cumplimiento del paciente. Mantenga la DIP en extensión total o con una ligera hiperextensión, pero EVITE una hiperextensión excesiva (riesgo de palidez o úlceras en la piel dorsal). En casos de dedo en martillo óseo, es preferible mantener la DIP en posición neutra o recta en lugar de hiperextenderla, para evitar la subluxación volar de la falange distal. La articulación PIP siempre debe quedar libre.

FASE I: INMOVILIZACIÓN CONTINUA MEDIANTE FÉRULA DE EXTENSIÓN A TIEMPO COMPLETO (SEMANAS 0 A 6/8)

La articulación de la punta del dedo se mantiene continuamente en extensión, día y noche, para permitir la cicatrización del tendón o del fragmento óseo. La férula solo se retira para el cuidado de la piel, y siempre manteniendo la articulación DIP en extensión; cualquier episodio aislado de flexión de la DIP reinicia el proceso de cicatrización. Las articulaciones PIP y MCP pueden moverse libremente.

Para su terapeuta de mano:

Instrucciones y precauciones - Coloque una **ortesis de extensión para la DIP** (tipo Stack, termoplástica o de espuma de aluminio), asegurándose de que la DIP quede en extensión completa o con una ligera hiperextensión; **evite una hiperextensión excesiva** (puede causar palidez cutánea o úlceras); en caso de fractura ósea tipo “mallet”, la posición debe ser recta/neutra, nunca hiperextendida (riesgo de subluxación). - **Uso continuo:** aproximadamente 8 semanas para lesiones tendinosas y 6 semanas para lesiones óseas; durante este período la DIP **no debe flexionarse bajo ninguna circunstancia**. - Enseñe al paciente una técnica para cambiar la férula

sobre una superficie plana, de modo que la DIP nunca quede en posición de flexión; si el paciente no puede mantener la extensión, el terapeuta realizará el cambio. - **Las articulaciones PIP y MCP deben permanecer libres** y ser movilizadas activamente desde el primer día.

Manejo clínico - Piel: inspección diaria del dorso de la DIP y del pliegue ungueal; ajuste la ortesis si aparece palidez o presión excesiva; mantenga la zona limpia y seca. - Edema: elevación de la mano; movilización suave de las articulaciones proximales. - Ejercicios: realizar movimientos activos completos de las articulaciones PIP y MCP; **no se permite ningún movimiento de la DIP**. - Fractura ósea tipo “mallet”: mantener vigilancia radiográfica durante el uso de la férula (alineación/subluxación), ya que la inmovilización es tan eficaz como la fijación con clavos para corregir la retracción extensora; sin embargo, es imprescindible monitorizar la posición del fragmento óseo.

Criterios para avanzar a la fase siguiente - Transcurrido el período completo de inmovilización (aproximadamente 8 semanas para lesiones tendinosas / 6 semanas para lesiones óseas), sin **retracción extensora de la DIP** por encima de los límites aceptables, y con la piel en buen estado.

FASE II: REDUCCIÓN DEL USO DE LA FÉRULA Y COMIENZO DE MOVILIZACIÓN CONTROLADA DE LA ARTICULACIÓN DIP (SEMANAS 6/8, Y LUEGO DE 2 A 6 SEMANAS MÁS)

Una vez finalizado el período de uso continuo de la férula y siempre que no exista retraso en la extensión, o este sea aceptable, se reduce el uso de la férula a solo por las noches y durante actividades de alto riesgo, mientras se inicia una flexión controlada y suave de la articulación DIP. El uso nocturno de la férula puede considerarse opcional (un estudio de nivel I determinó que no es esencial) y se emplea según sea necesario. Si vuelve a aparecer un retraso significativo en la extensión, el paciente debe volver a usar la férula de extensión de forma continua.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Retraso en la extensión activa de la articulación DIP (en grados) y flexión activa; estado de la piel; nivel de confianza del paciente al sacar la punta de los dedos de la férula

Instrucciones y precauciones - Reducir el uso de la férula a solo por las noches y durante actividades de alto riesgo durante unas 2 a 6 semanas más; el uso nocturno es opcional según la evidencia actual. - **Si el retraso en la extensión supera los 20° tras dejar de usar la férula, se debe reanudar el uso continuo de la férula de extensión durante unas 4 a 6 semanas.**

Manejo - Ejercicios: iniciar una **flexión activa de la articulación DIP, suave y progresiva** (empezando con un rango pequeño) y una **extensión activa controlada de la DIP** (estabilizando la articulación PIP mientras se extiende la DIP); aumentar gradualmente el rango de flexión según lo permita el retraso en la extensión. - Reducir el uso diurno de la férula una vez que la articulación DIP mantenga la extensión activamente, sin retraso o con un retraso aceptable ($\leq 10-20^\circ$). - Continuar con la movilización completa de las articulaciones PIP y MCP; cuidado de la cicatriz y la piel según sea necesario. - Los dedos en martillo crónicos o diagnosticados tardíamente también responden al uso de férulas de extensión; el inicio tardío del tratamiento no constituye una contraindicación.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - La articulación DIP mantiene la extensión activamente con un retraso aceptable; se ha recuperado una flexión controlada y sin dolor; la piel permanece intacta.

FASE III – FORTALECIMIENTO Y REINCORPORACIÓN (APROXIMADAMENTE DE LA SEMANA 8 A LA 12)

Una vez que el tendón ha cicatrizado y se ha recuperado el movimiento activo, se retira por completo el splint y se inicia un programa gradual de fortalecimiento y reincorporación a las actividades. Se espera una ligera limitación permanente en la extensión (promedio de ~8°), lo cual es compatible con un resultado funcional excelente.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Limitación en la extensión activa y rango de flexión en la articulación DIP; fuerza de agarre; grado de preparación para la carga y la práctica deportiva

Educación y precauciones - Uso diario sin splint; **uso de splint protector durante la práctica de deportes de contacto** durante la reincorporación - Informar al paciente de que una limitación residual de ~5–10° en la extensión es normal y no afecta su satisfacción con el resultado

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento gradual de la fuerza de agarre y pinza; recuperación completa del rango de movimiento de los dedos; progresión adaptada a tareas y deportes específicos - La reincorporación a deportes o trabajos pesados se realiza entre las semanas 8 y 12, según criterios clínicos (con uso de splint protector en deportes de contacto) - El alta se concede cuando la fuerza y la función son adecuadas y la limitación en la extensión se mantiene estable; se remitirá nuevamente al paciente si dicha limitación persiste o reaparece.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

El uso moderado de la mano con férula es aceptable desde el principio: la férula se mantiene puesta, la punta del dedo permanece recta y puede utilizar la mano para tareas diarias dentro de esos límites. Por lo general, una férula pequeña para la punta del dedo no impide conducir una vez que pueda agarrar el volante y controlar el vehículo de forma segura; sin embargo, consulte este punto con el Dr. Hirpara en su revisión médica. La capacidad de agarre y la fuerza se van recuperando a partir de las seis a ocho semanas, a medida que se va retirando la férula. El regreso a deportes y trabajos manuales más exigentes suele ocurrir entre las ocho y doce semanas, evaluándose según la recuperación de un movimiento controlado y no únicamente en función del tiempo transcurrido; durante ese periodo, se debe usar una férula protectora en deportes de contacto. Es normal que la punta del dedo presente una ligera inclinación permanente de unos cinco a diez grados; esto no afecta el funcionamiento de la mano y la mayoría de las personas apenas lo notan.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación que brinda 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 publicadas para el uso de férulas en casos de dedo en martillo; su recuperación continua será supervisada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución de su punta del dedo.

Nota: si su dedo en martillo se corrige mediante cirugía

En la mayoría de los casos, el dedo en martillo no requiere intervención quirúrgica. La cirugía solo se considera en casos de **dedo en martillo óseo**, cuando la fractura afecta a una gran parte de la superficie articular (más de un tercio aproximadamente) o cuando la última falange se desplaza de su posición normal (subluxación volar). Cuando se realiza la fijación, lo habitual es utilizar **alambres de K tipo bloque de extensión (método Ishiguro)**; a veces se coloca además un alambre temporal a través de la articulación distal del dedo para mantenerlo recto. Este alambre suele permanecer en su lugar entre cuatro y seis semanas, y se retira al cabo de ese tiempo; a partir de entonces se inicia el movimiento activo del dedo, y puede usarse un splint nocturno durante otras cuatro semanas aproximadamente. La evidencia clínica indica que el uso de splintes produce resultados no inferiores a los obtenidos con la fijación con alambres en cuanto al grado final de corrección de la deformidad; por ello, la cirugía se reserva únicamente para las situaciones mencionadas anteriormente y no se emplea de forma rutinaria.