



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2758 - DOCTOR, TENGO EL DEDO RARO

A. García García^a, S. Duce Tello^b, J. Sánchez-Tembleque Sánchez^b, I. Salvador Salvador^c, M. Rodríguez Carrasco^d y A. Tello Téllez^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid.

^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 51 años, sana, que acude tras contusión directa en 4º dedo de mano derecha. Desde entonces aprecia una posición “extraña” e incapacidad para la extensión completa del dedo. No refiere dolor.

Exploración y pruebas complementarias: 4º dedo mano derecha con balance articular pasivo conservado. No limitación a la movilidad pasiva. Incapacidad completa para la extensión activa de la falange distal, no limitación a la flexión. Radiografía de dedos sin alteraciones óseas.

Juicio clínico: Rotura del tendón extensor. “Dedo en martillo”.

Diagnóstico diferencial: Fractura por avulsión de falange distal.

Comentario final: La rotura del tendón extensor de un dedo de la mano en su inserción en la falange distal se conoce comúnmente como dedo en martillo. Suelen ser debidas a una flexión brusca de la articulación IFD en un dedo en extensión (frecuentes en baloncesto). El resultado puede ser la rotura del tendón o la avulsión del mismo con un fragmento óseo. La sección completa del tendón del extensor da lugar a la flexión de la articulación. Como consecuencia de esta lesión, se puede producir desequilibrio en el aparato extensor con hiperextensión de la articulación IFP y flexión de la articulación metacarpofalángica (deformidad conocida como dedo en cuello de cisne). En la exploración física, el paciente es incapaz de realizar la extensión activa de la falange distal. Se debe realizar una radiografía para descartar una fractura de falange distal asociada. El tratamiento es conservador, inmovilización mediante el empleo de una férula de Stack de uso continuado durante 5-8 semanas y uso nocturno durante 2 semanas más, con rehabilitación mediante ejercicios de flexión suave a partir de la 5ª semana. Las indicaciones quirúrgicas varían según autores; fracturas abiertas, fracturas que afecten más de un tercio de la superficie articular, desplazamientos de más de 3 mm. y/o subluxación articular.

Bibliografía

1. García Font D, de Pablo Márquez B, Pedrazas López D. Dedo en martillo agudo. Medicina de Familia-SEMERGEN. 2016;42(2):137-8.
2. Smit JM, Beets MR, Zeebregts CJ, Rood A, Welters CF. Treatment options for mallet finger: A review. Plast Reconstr Surg. 2010;126:1624-9.

3. Cheung K, Hatchell A, Thoma A. Approach to traumatic hand injuries for primary care physicians. Can Fam Physician. 2013;59:614-8.

Palabras clave: Rotura extensor dedo. Dedo en martillo.