

Reparación y reconstrucción de la punta del dedo

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 15 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
2-6 weeks	3 months	6-12 months
Al principio, es necesario el uso de vendajes; transcurridas 2-6 semanas, se puede comenzar a utilizar la mano con moderación, a medida que la herida cicatriza y la sensibilidad se normaliza.	Alrededor de los 3 meses, se puede volver a realizar agarre y actividades manuales; lo que determina el ritmo de recuperación es la tolerancia a la presión en las yemas de los dedos, no el estado de la herida.	La sensibilidad al frío y los cambios en la sensación disminuyen lentamente durante 6-12 meses; si la uña resultó afectada, tardará unos 6 meses en volver a crecer.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión específica. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen.

La reparación y reconstrucción de la punta del dedo abarca un grupo de operaciones que restauran la punta del dedo tras una lesión. La punta del dedo es la parte del dedo que queda más allá de los tendones, y es la parte de la mano que se lesiona con más frecuencia. Se encarga de la sensibilidad, de las tareas precisas de recoger objetos y del agarre, por lo que la forma de tratarla es importante. Como estas lesiones varían tanto, no existe un único tratamiento estándar. Avanzamos desde las opciones más sencillas hacia las más complejas. Muchas lesiones de la punta del dedo cicatrizan solo con vendajes, incluso cuando hay hueso a la vista en la herida, y así se evitan el ingreso hospitalario y el tiempo de quirófano. La cirugía se plantea cuando esas medidas no han

dado una mejoría suficiente, o cuando la propia lesión lo requiere. Cuando la punta se ha seccionado, volver a unirla conserva la longitud del dedo y reduce la probabilidad de que se forme un bulto doloroso de cicatriz nerviosa. Cuando se ha perdido piel, un colgajo de tejido cercano puede cubrir la punta conservando su longitud. El objetivo es una punta del dedo con una buena cobertura de piel y una sensibilidad útil, para que su mano funcione como usted necesita.

Antes de la operación

La mayor parte de la preparación es sencilla. Deberá abstenerse de comer y beber durante las siete horas previas a su operación. Pedimos siete horas en lugar de seis para poder adelantar su turno si la lista de cirugías avanza antes de lo previsto. Su cirujano le indicará cuáles de sus medicamentos habituales debe omitir el día de la operación, y debe llevar una lista escrita de todo lo que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación. Use ropa holgada y cómoda, con mangas que pasen fácilmente sobre los vendajes. Una radiografía suele ser suficiente para planificar la operación, aunque a veces se utiliza una ecografía o una resonancia magnética para mostrar los tejidos blandos con más detalle. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesta.

El día de la cirugía

Acudirá a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y se le preparará para el quirófano. Después conocerá al anestesta, el médico que se encarga de su anestesia y del alivio del dolor. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará de esto con usted el día de la cirugía. Después será llevado al quirófano, donde se realizará la intervención.

Cuando termine la operación, despertará en la sala de recuperación. Las enfermeras permanecerán con usted allí mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de procedimiento y su recuperación.

Qué implica la operación

Lo que se hace en el quirófano depende de su lesión. Si la punta del dedo se ha seccionado y llega con usted en un estado aprovechable, su cirujano puede volver a unirla. Los diminutos vasos sanguíneos de la punta se vuelven a unir bajo el microscopio para que la sangre pueda fluir de nuevo hacia la punta del dedo. Después se reparan el hueso y la piel para mantener la punta en su sitio mientras cicatriza.

Si se ha perdido piel pero el resto del dedo está intacto, su cirujano puede trasladar un colgajo de piel y tejido cercano sobre la zona descubierta. Algunos colgajos se levantan del mismo dedo y se deslizan o se giran para rellenar el hueco, llevando consigo su suministro sanguíneo. Otros se toman de un dedo vecino, de la palma o del dorso de la mano, y la zona donante se cierra con puntos. Estos colgajos aportan su propio suministro sanguíneo y, a menudo, sus propios nervios, por lo que la punta cubierta conserva cierta sensibilidad.

Si la punta está demasiado dañada para salvarla, su cirujano puede acortar el hueso y cerrar la piel directamente sobre él. Cuando la herida es más grande, se puede utilizar un injerto de piel para cubrirla.

La incisión se cierra con puntos de sutura, que pueden ser reabsorbibles o retirarse después, y se cubre con un vendaje. Volverá a casa con ese vendaje puesto.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación con las enfermeras cerca. Su mano estará vendada y es posible que se mantenga elevada en un cabestrillo para que descanse. El alivio del dolor se planifica con usted antes de salir del quirófano, y el bloqueo nervioso, si se le ha aplicado, mantiene la mano dormida durante unas 24 horas. Es normal notar entumecimiento y debilidad durante ese primer día. Llame a la clínica si no puede sentir ni mover los dedos una vez que haya pasado el efecto del bloqueo, después de unas 24 horas. Su equipo le informará si podrá volver a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Durante las primeras 24 horas, debería haber alguien con usted. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando vengamos a verlo.

Recuperación

La mano le dolerá y estará hinchada durante los primeros días y semanas. Esto es normal. Mantener la mano elevada, como le enseñamos, reduce la hinchazón y alivia el dolor pulsátil. Los analgésicos sencillos también ayudan. El bloqueo nervioso del quirófano desaparece en aproximadamente un día, así que tome sus analgésicos antes de que pase su efecto.

Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días y lo retiramos o cambiamos nosotros mismos cuando le vemos. Hasta entonces, manténgalo limpio y seco. Al principio, la mano descansará en un cabestrillo. Puede usar los dedos que quedan libres para tareas ligeras en casa, pero evite levantar peso, agarrar con fuerza y cualquier cosa que fuerce la punta en cicatrización.

La terapia de la mano es una parte importante de su recuperación y comienza pronto. Su terapeuta es Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation. Ruby dirige su terapia y confecciona cualquier férula que necesite. Le enseñará ejercicios que mantienen en movimiento las demás articulaciones y que, poco a poco, devuelven la sensibilidad y el movimiento a la punta del dedo. Hacerlos poco y a menudo es más importante que hacerlos con intensidad.

La sensibilidad en la punta del dedo vuelve lentamente, y puede que note hormigueo o sensaciones extrañas mientras tanto. Cuando la hinchazón disminuya y recupere el movimiento, empezará a recoger de nuevo objetos pequeños. Cuando pueda agarrar sin dolor, volverán las tareas más exigentes. La conducción tiene sus propias reglas: no debe llevar ningún cabestrillo ni férula, debe ser capaz de sujetar el volante con ambas manos y reaccionar en una frenada de emergencia, y no debe estar tomando analgésicos fuertes. Nuestra guía sobre la [conducción tras una cirugía de extremidad superior](#) ofrece más información.

La recuperación varía de una persona a otra. Su cronograma puede ser distinto, y tanto nosotros como Ruby le guiaremos durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

El principal riesgo después de volver a unir la punta del dedo es que falle el suministro sanguíneo. La punta puede verse pálida, blanca, azul u oscura, y notarse fría. También puede hincharse y verse de color rojo oscuro o morado si la sangre no está saliendo de ella como debería. Acuda a un servicio de urgencias si el dedo, el pulgar o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos, azules u oscuros. Es un problema de circulación y requiere atención inmediata.

A veces los vasos sanguíneos unidos se obstruyen en las primeras dos semanas, incluso cuando la punta estaba cicatrizando bien. El equipo vigila esto en sus revisiones. Si el flujo de sangre a través de los vasos unidos se enlentece, hay formas de ayudar a que nuevos vasos más pequeños tomen el relevo y mantengan viva la punta.

La forma en que se produjo la lesión importa. Las puntas cortadas limpiamente suelen cicatrizar mejor que las arrancadas o aplastadas. Un dedo arrancado daña los vasos sanguíneos y los nervios a lo largo de un tramo más largo, lo que hace más difícil volver a unirlo y más probable que fracase. Su cirujano hablará de esto con usted con franqueza antes de operar.

Fumar estrecha los diminutos vasos de los que depende una punta reimplantada. Si fuma, dejar de hacerlo antes y después de la cirugía reduce la probabilidad de que la reparación fracase. Cuanto más tiempo pase una parte seccionada sin sangre, menor es la probabilidad de que sobreviva, y por eso es importante llegar rápido al hospital.

Si se ha seccionado una parte del dedo, acuda de inmediato a un servicio de urgencias y lleve la parte con usted. Envuélvala en una gasa húmeda o en un paño limpio húmedo, colóquela en una bolsa de plástico cerrada y ponga esa bolsa sobre hielo o en agua con hielo. Nunca la coloque directamente sobre el hielo.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos exactos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen pronto, y preferimos que nos llame a que se quede preocupado en casa. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, si el enrojecimiento alrededor de la herida se está extendiendo o si sale líquido o pus de ella. Llámenos también si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Acuda a un servicio de urgencias si se le hincha o le duele la pantorrilla, o si le falta el aire o tiene dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda también a un servicio de urgencias si el dedo, el pulgar o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos, azules u oscuros. Llame a la clínica si no puede sentir ni mover el brazo, la mano o los dedos una vez que haya pasado el efecto del bloqueo nervioso, después de unas 24 horas. Es normal

notar entumecimiento y debilidad durante ese primer día. Si no puede contactar con nosotros fuera del horario de atención o en fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Reparación y reconstrucción de la punta del dedo

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 15 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Alteraciones sensoriales / dolor neuropático	33%	Tras la terminalización, el 33 % refiere dolor neuropático a largo plazo, una cifra honesta que conviene citar cuando se plantea el acortamiento del dedo; aun así, el 96 % de esa misma cohorte estaba satisfecho con la cirugía.
Intolerancia al frío	—	Es muy frecuente tras cualquier lesión en la yema del dedo; generalmente mejora durante los dos primeros inviernos posteriores.
Deformidad de la uña (incluida la uña en gancho)	—	Ocurre cuando el lecho ungueal resulta dañado o se pierde el soporte para la uña; el riesgo de desarrollar una uña en gancho se reduce al preservar al menos la mitad de la falange distal que sostiene la uña.
Infección	2.5%	La incidencia es del 2,5 % en 323 lesiones en la yema distal del dedo; la profilaxis antibiótica no tuvo efecto alguno (2,7 % con profilaxis vs. 2,2 % sin ella).
Cicatriz sensible o inestable	—	Es más probable cuando se realizan cierres muy ajustados o se trasplantan tejidos para cubrir la punta del dedo.

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE — NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA