

# Fijación de fracturas de metacarpiano

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 169 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

| <b>TAREAS LIVIANAS</b><br>Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS</b><br>Trabajo manual, deporte, gimnasio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL</b><br>Dolor y fuerza                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1-3 weeks</b><br>El movimiento de los dedos empieza pronto. Tras un tornillo intramedular, el movimiento activo comenzó en los cinco primeros días y la férula de protección se fue retirando una vez quitados los puntos. Cuando se utilizan agujas, la mano se protege durante unas tres semanas antes de mover los dedos con libertad. Durante este tiempo es posible hacer trabajo de oficina y tareas ligeras con una sola mano. | <b>8-12 weeks</b><br>El hueso suele estar curado hacia las seis semanas: el 76% se había consolidado en la sexta semana en una serie, y la consolidación tardó 5.6 semanas de media en otra. La vuelta a todas las tareas, al trabajo manual y al deporte fue de 76 días de media (mediana de 54). Dar puñetazos tiene que esperar a que la curación sea completa: en una serie, 5 de 17 personas que se habían roto un metacarpiano dando un puñetazo, y volvieron a dar puñetazos, doblaron su implante. | <b>6-12 months</b><br>La fuerza de agarre sigue recuperándose durante meses después de que el hueso se haya curado. Tras la fijación con tornillo intramedular, alcanzó de media el 104% de la otra mano a una media de diez meses. |

## ¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr Kieran Hirpara, cirujano de miembro superior del Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión concreta. Una fractura de metacarpiano es una rotura de uno de los huesos largos de la mano. Esta operación mantiene el hueso roto en la posición correcta mientras se cura. Solemos proponerla cuando un hueso roto de la mano se ha desplazado de su sitio, se ha girado o acortado, afecta a varios huesos o no se mantiene alineado con un yeso. Algunas fracturas llegan a la superficie articular o se rompen en varios fragmentos, y a menudo requieren cirugía para mantenerlas estables.

La mayoría de las fracturas de la mano se tratan primero sin cirugía, con una férula o un yeso y terapia de mano. La cirugía es el siguiente paso cuando esas medidas no han mantenido el hueso en una buena posición. Los

pacientes suelen ser derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que acuda a nosotros, seguirá necesitando una derivación de su médico de cabecera para tener derecho al reembolso de Medicare. En la consulta le preguntamos por sus antecedentes, exploramos la mano y solicitamos pruebas de imagen si son necesarias. Después decidimos juntos si una operación es adecuada para su lesión y sus objetivos. El objetivo es una mano que se mueva bien, se note firme y pueda usar sin dolor.

## Antes de la operación

---

Su cirujano le dará instrucciones exactas, pero hay algunas cosas que se aplican a la mayoría de las personas. Deje de comer y beber siete horas antes de su operación. Pedimos siete horas para que su operación pueda adelantarse si la lista de quirófano va antes de lo previsto. Puede que tenga que suspender temporalmente algunos de sus medicamentos habituales antes de la cirugía; su cirujano le dirá cuáles y durante cuánto tiempo. Traiga una lista escrita de todo lo que toma y lleve ropa holgada y cómoda. Organícese para que alguien le lleve a casa después. Se necesitan radiografías de la mano para planificar la operación, y a veces también una resonancia magnética o una ecografía. Si tiene otros problemas de salud, puede que necesite análisis de sangre o una valoración por el anestesista.

## El día de la intervención

---

Acudirá a la unidad de admisión quirúrgica del hospital, donde se registrará su ingreso y le prepararán para el quirófano. Conocerá al anestesista, el médico que se ocupa de que esté dormido y cómodo durante la operación. Esta operación se realiza con anestesia general. Estará completamente dormido durante la operación. A algunos pacientes también se les puede aplicar un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor después de la operación; el anestesista lo decide ese mismo día según sus circunstancias personales.

A continuación, le llevarán al quirófano, donde se realiza la operación. Después se despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilarán mientras desaparece el efecto de la anestesia. Una vez que esté estable, pasará a la planta o se irá a casa. Lo que ocurra depende del procedimiento y de cómo vaya su recuperación.

## ¿En qué consiste la operación?

---

Su cirujano puede realizar esta operación de dos maneras, y la elección depende de su fractura. Con un abordaje cerrado, el hueso se alinea sin abrir la piel. Después se introducen agujas o un tornillo a través de pequeñas punciones para sujetarlo. Con un abordaje abierto, su cirujano hace una sola incisión sobre el hueso roto para poder ver los fragmentos y encajarlos de nuevo. Se utiliza cuando la fractura llega a una articulación, se rompe en varios fragmentos o no se alinea por sí sola.

Una vez alineado el hueso, necesita algo que lo mantenga estable mientras se cura. Su cirujano elige el implante que mejor se adapta a la forma y la posición de su fractura. Pueden pasarse agujas finas a través del hueso. Puede colocarse un pequeño tornillo por el interior del hueso, una técnica llamada fijación intramedular, adecuada

para algunas fracturas de la diáfisis y del cuello. Pueden colocarse pequeños tornillos a través de una fractura larga oblicua o en espiral, en la que la línea de fractura rodea el hueso. O una pequeña placa con tornillos puede mantener unidos los fragmentos.

Las agujas que se dejan asomando por la piel suelen retirarse en la consulta al cabo de unas semanas, una vez que el hueso está estable. Los tornillos y las placas que quedan bajo la piel suelen dejarse en su sitio, a menos que causen algún problema. La incisión se cierra con puntos y se coloca un apósito encima.

## Después de la operación

---

Se despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilarán mientras desaparece el efecto de la anestesia. Tendrá la mano con un apósito y una férula, y puede que lleve un cabestrillo para mayor comodidad. Se organizará un tratamiento para el dolor para que esté cómodo. Puede moverse en la medida en que se sienta capaz, y alguien debe quedarse con usted durante las primeras 24 horas. Tras esta operación puede irse a casa el mismo día o pasar una noche en el hospital. Ambas opciones son habituales, y su equipo hablará con usted sobre cuál le conviene.

Si le han hecho un bloqueo nervioso, puede que note la mano dormida o pesada durante unas 24 horas. Es lo esperable. Llame a la clínica si no puede mover los dedos una vez que haya pasado el efecto del bloqueo. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus por ella, o si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Acuda al servicio de urgencias si los dedos, la mano o el pulgar se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros.

Dejamos el apósito puesto durante unos 10 días; no lo retire antes de ese momento a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando venga a la consulta.

## Recuperación

---

Durante los primeros días y semanas la mano estará dolorida e hinchada. Es normal y se calma poco a poco a medida que el hueso se cura. Mantener la mano elevada cuando descansa ayuda a que baje la hinchazón, y los analgésicos que se le hayan pautado alivian las molestias.

La mano estará protegida con una férula confeccionada por su terapeuta de mano, Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation. Ella dirige su terapia y confecciona cualquier férula que necesite. Hará ejercicios de movilidad con regularidad como parte de la terapia de mano. Empiezan pronto y van aumentando a medida que el hueso se cura. El objetivo es mantener los dedos en movimiento mientras la fractura se consolida. Puede usar la mano para tareas diarias ligeras dentro de los límites que marque su terapeuta. No puede conducir mientras lleve la férula, porque le impide sujetar el volante con seguridad. Una vez que le retiren la férula y su cirujano lo autorice, puede volver a conducir; consulte nuestra página sobre [conducción tras cirugía de miembro superior](#).

A medida que vuelve el movimiento, las tareas cotidianas resultan más fáciles. Con el tiempo notará que recupera el agarre y la fuerza. El trabajo más pesado, el deporte y la actividad en el gimnasio llegan más tarde,

cuando su terapeuta y su cirujano coincidan en que el hueso está preparado. Duerma en la postura que le resulte cómoda; no hay ninguna posición especial que deba mantener.

La recuperación varía de una persona a otra. Sus plazos pueden ser distintos, y su cirujano y su terapeuta le guiarán en cada visita.

## Qué puede salir mal

---

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

A veces el hueso puede desplazarse de su posición corregida antes de haberse curado. Puede notar que el dedo empieza a verse girado o doblado, o un cambio en cómo se alinean los dedos al cerrar el puño. Coméntelo en su próxima revisión, o llame a la clínica si el cambio parece repentino.

En ocasiones, una aguja o un tornillo puede desplazarse del lugar donde se colocó. Una aguja situada cerca de una articulación puede causar dolor y dificultar el uso de la mano. Si nota un dolor agudo nuevo, o el dedo no se mueve como antes, llame a la clínica.

El dedo también puede presentar un problema de rotación. Puede notar que un dedo se superpone a otro al cerrar la mano en un puño, o que el dedo queda desalineado respecto a los vecinos. Coméntelo en su revisión para que se pueda comprobar.

La infección es un riesgo de cualquier operación. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus por ella, o si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Si no consigue contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

Una aguja que se deja a través de la piel puede irritar el tejido que la rodea. La piel por donde entra la aguja puede verse roja o con supuración. Llame a la clínica si ocurre, para que podamos revisarla antes de que se convierta en un problema más profundo.

En raras ocasiones, un tendón puede romperse, es decir, se desgarrar uno de los cordones que mueven el dedo. Notaría una pérdida repentina de movimiento, como no poder estirar o doblar un dedo que el día anterior se movía bien. Llame a la clínica si ocurre.

Los nervios pasan cerca de los huesos de la mano. Una lesión nerviosa puede causar entumecimiento u hormigueo en una parte de la mano. El entumecimiento durante las primeras 24 horas después de un bloqueo nervioso es esperable. Una vez que haya pasado el efecto del bloqueo, llame a la clínica si el entumecimiento o la debilidad continúan.

Algunas personas presentan dolor y sensibilidad persistentes en la mano que parecen desproporcionados para la lesión. La mano puede doler al tocarla o usarla mucho después de cuando cabría esperar que se calmara. Coméntelo en su revisión.

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

## ¿Cuándo deben llamarnos?

---

La mayoría de los problemas aparecen pronto, y preferimos que nos los comunique. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus por ella, o si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Acuda al servicio de urgencias si tiene la pantorrilla hinchada o dolorida, si le falta el aire o si tiene dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda al servicio de urgencias si los dedos, la mano o el pulgar se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros. Llame a la clínica si no puede mover los dedos una vez que haya pasado el efecto del bloqueo nervioso, unas 24 horas después de la cirugía. El entumecimiento durante las primeras 24 horas es esperable. Si no consigue contactar con la clínica, 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@cupperlimb.com.au](mailto:office@cupperlimb.com.au) · [cupperlimb.com.au](http://cupperlimb.com.au)

## Fijación de fracturas de metacarpiano

### Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 169 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| otra operación por cualquier motivo                                      | 4-11%          | Datos agrupados de 1,261 fracturas: 4% tras un tornillo intramedular, 11% tras agujas y 11% tras placas. El mismo metaanálisis no encontró diferencias en el tiempo de curación ni en las infecciones entre los tres métodos.                                                                                                                                               |
| rigidez o un dedo que no se estira por completo                          | <5%            | En 1,014 fracturas de metacarpiano fijadas con tornillos intramedulares se describieron 47 complicaciones en total (4.6%), y la rigidez fue la más frecuente; 18 de esos 47 pacientes necesitaron otra cirugía. El movimiento temprano con terapia de mano es la principal protección.                                                                                      |
| desplazamiento de la fractura tras la fijación con placa o tornillos     | 12-15%         | 19 de 138 fracturas (13.8%) perdieron la posición en las radiografías durante las primeras semanas: 11.6% tras tornillos de compresión y 15.4% tras placas. El riesgo aumentaba alrededor de un 7% por cada año de edad.                                                                                                                                                    |
| otra operación para retirar agujas enterradas bajo la piel               | 17%            | Las agujas enterradas bajo la piel requirieron volver al quirófano para retirarlas en 58 de 337 casos (17.2%). Las agujas que se dejan asomando por la piel se retiran en la consulta, y las tasas de infección no fueron distintas entre ambas opciones.                                                                                                                   |
| un problema con el tornillo tras fijar una fractura del nudillo (cuello) | 9%             | En las fracturas inestables del cuello del metacarpiano, 5 de 57 (8.8%) fijadas con un tornillo intramedular tuvieron un problema importante con el material, como el desplazamiento del tornillo hacia la articulación del nudillo o un déficit marcado para estirar el dedo, frente a ninguna de 56 fijadas con agujas. El movimiento se recuperó antes tras el tornillo. |
| un implante doblado o roto                                               | 2-6%           | 3 de 160 tornillos intramedulares se doblaron o rompieron (1.9%), y 5 de 90 implantes intramedulares se doblaron (5.6%) en otra serie. Todos los implantes doblados de esa serie se produjeron tras otro puñetazo, entre 4 semanas y 7 meses después de la cirugía.                                                                                                         |

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