

Fijación de fracturas de falange

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 120 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
1-3 weeks El movimiento protegido suele empezar en las primeras semanas, porque la rigidez es el principal riesgo tras una fractura de un dedo. Los tornillos colocados dentro del hueso se utilizan en parte para que el movimiento pueda empezar pronto, y Green's Operative Hand Surgery señala que la mayoría de las fracturas de falange son lo bastante estables para permitir un movimiento protegido hacia las tres o cuatro semanas.	8-12 weeks La vuelta al trabajo fue de 9.3 semanas de media tras la fijación con tornillo intramedular de las fracturas de la falange proximal, y la vuelta a todas las tareas o al deporte fue de 76 días de media (mediana de 54) en una serie de fracturas de metacarpianos y falanges. El hueso duro de la falange media puede tardar más en curarse que la falange proximal.	12 months El movimiento del dedo sigue mejorando hasta un año, y puede quedar cierta rigidez. En una serie seguida durante un año, el 43% de las fracturas inestables de la falange proximal fijadas con placas o tornillos seguía teniendo menos del 80% del movimiento normal.

¿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. Las fracturas de los huesos de los dedos son una lesión frecuente de la mano, y algunas se curan bien sin operación. Otras se han desplazado de su sitio, se han girado, han quedado anguladas o son inestables, y estas normalmente necesitan cirugía para que el hueso se cure recto. 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 su cita le preguntamos por sus antecedentes, exploramos la mano y solicitamos pruebas de imagen si son necesarias para determinar qué se ha roto.

Al tratarse de una lesión, el tratamiento adecuado depende de la propia fractura. Algunas lesiones se curan sin cirugía y otras necesitan una operación poco después de producirse, por lo que es importante que le vean sin demora. Cuando los extremos del hueso están muy desplazados o no se mantienen alineados por sí solos, la cirugía tiene como objetivo mantener los fragmentos estables mientras se curan. Esto le permite empezar a mover el dedo pronto, lo que puede ayudarle a recuperar más movilidad en el dedo. El objetivo es un dedo que se mueva, agarre y tenga un aspecto parecido al que tenía antes de la lesión.

Antes de la operación

Una vez programada su operación, le daremos instrucciones claras que deberá seguir. Tendrá que dejar de comer y beber siete horas antes de la operación. Pedimos siete horas en lugar de un plazo más corto para que puedan adelantarle si la lista de quirófano va antes de lo previsto. Su cirujano le indicará qué medicamentos habituales debe suspender y cuándo, así que traiga una lista por escrito de todo lo que toma. Organícese para que alguien le lleve a casa después, ya que no podrá conducir usted mismo. Lleve ropa holgada y cómoda el día de la operación. Si tiene otros problemas de salud, puede que necesite análisis de sangre o una valoración por el anestesista antes de la cirugía. La mayoría de las personas no necesitan ninguna de las dos cosas.

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 antes de 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, según el procedimiento y 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, la reparación se sujeta con agujas finas o con un tornillo introducidos a través de pequeñas punciones. Con un abordaje abierto, su cirujano hace una sola incisión sobre el hueso roto para poder ver los fragmentos y volver a encajarlos. Este abordaje se utiliza cuando la fractura llega a una articulación, se rompe en varios fragmentos o no se alinea por sí sola.

El objetivo es el mismo en ambos casos: devolver el hueso a su posición normal y mantenerlo ahí mientras se cura. Su cirujano puede utilizar una de varias formas de sujetar el hueso, elegida según la forma y la posición de la fractura. Se pueden pasar agujas finas a través del hueso. En algunas fracturas de la diáfisis y del cuello, se puede colocar un pequeño tornillo por el interior del hueso, lo que se denomina tornillo intramedular. Se

pueden colocar pequeños tornillos a través de una fractura larga oblicua o en espiral, en la que el hueso se ha partido en ángulo o se ha separado al girar. O se puede utilizar una pequeña placa con tornillos para mantener los fragmentos estables.

Si quedan agujas asomando por la piel, normalmente se retiran 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 herida se cierra con puntos. Se irá a casa con un apósito en la mano, y su cirujano le indicará cuándo se retira.

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 confeccionada por la terapeuta de mano. Si le han hecho un bloqueo nervioso, puede que note los dedos dormidos o pesados durante unas 24 horas. Es lo esperable. Una vez que haya pasado el efecto, llame a la clínica si tiene entumecimiento o no puede mover los dedos. Los analgésicos se organizarán antes de que se vaya a casa. 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. 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, el dedo estará dolorido e hinchado. Esto es normal. Mantener la mano elevada sobre una almohada, incluso mientras duerme, ayuda a que la hinchazón disminuya. Los analgésicos que se lleve a casa alivian las molestias, que suelen ir mejorando de forma constante a medida que pasan los días.

Llevará la mano en una férula confeccionada por su terapeuta de mano, Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, que también dirigirá su terapia de mano. No debe conducir mientras lleve la férula, ya que le impide sujetar el volante con seguridad. Una vez retirada la férula y cuando su cirujano lo autorice, consulte nuestra página sobre [conducción tras cirugía de miembro superior](#). Al principio, puede realizar tareas cotidianas ligeras en casa dentro de lo que le permitan la férula y su comodidad.

La terapia de mano empieza poco después de la cirugía. Su terapeuta le enseñará ejercicios suaves para mantener los dedos en movimiento mientras el hueso se cura. Moverse pronto es importante, porque los dedos que permanecen quietos mientras se cura una fractura pueden ponerse rígidos, y el tejido cicatricial puede pegar entre sí las partes móviles del dedo. Hacer los ejercicios poco y a menudo es más útil que una sola sesión larga.

A medida que la hinchazón disminuya y vuelva el movimiento, notará que su agarre se hace más fuerte. Una vez que pueda agarrar sin dolor, volverán a ser posibles las tareas más pesadas y el deporte, y su terapeuta le guiará

en los pasos hasta llegar a ese punto. La recuperación varía de una persona a otra, por lo que sus plazos pueden ser distintos de los de otra persona. Su cirujano y su terapeuta de mano le guiarán en cada revisión.

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.

El problema más frecuente después de romperse un dedo es la rigidez. Es posible que el dedo no se doble ni se estire tanto como antes, y puede notarse tirante o tardar en soltarse por la mañana. Hacer los ejercicios de terapia de mano poco y a menudo es la mejor forma de limitarla, así que, si nota el dedo más tirante semana tras semana en lugar de más suelto, dígaselo a su terapeuta.

Puede producirse una infección alrededor de la herida o en el punto donde una aguja sale a través de la piel. Esté atento a un enrojecimiento que se extiende desde la herida, a la salida de líquido o pus por ella, o a la fiebre. Llame a la clínica ese mismo día si nota cualquiera de estos signos. Un dolor que sigue empeorando a pesar de los analgésicos también requiere llamar ese mismo día.

A veces el material metálico se desplaza o falla antes de que el hueso se haya curado. Puede notar un chasquido, ver que el dedo parece angulado o más corto, o notar que vuelve el dolor donde ya se había calmado. Coméntelo en su próxima revisión, o llame a la clínica si aparece de repente.

Un tornillo o una placa situados cerca de un tendón pueden rozarlo o engancharlo. Puede notar chasquidos, enganches o una sensación de roce al mover el dedo, o que el tendón no se desliza con suavidad. Coméntelo en su revisión para que puedan valorarlo.

Si una aguja se afloja, puede notar dolor en el dedo en el punto de la aguja y el hueso puede ir desplazándose de su sitio. Avise a la clínica si una aguja parece doblada, se mueve o el dedo cambia de forma.

En raras ocasiones, los problemas de curación hacen que el hueso no llegue a unirse. El dedo sigue doliendo y sensible en el lugar de la fractura mucho después de cuando esperaba que se calmara. Coméntelo en su revisión.

Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o durante el fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

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 dan señales de aviso que puede detectar en casa. 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.

Llámenos también si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Acuda al servicio de urgencias si la pantorrilla se le hincha o le duele, si le falta el aire o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros. Pueden ser signos de un coágulo de sangre o de un problema de riego sanguíneo en el dedo. Una vez

que haya pasado el efecto del bloqueo nervioso, unas 24 horas después, llame a la clínica si los dedos siguen entumecidos o no puede moverlos. El entumecimiento durante las primeras 24 horas es esperable y no es motivo de preocupación. Si no puede contactar con nosotros fuera del horario de atención o durante el 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@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Fijación de fracturas de falange

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 120 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
rigidez, el dedo no recupera todo su movimiento	43%	32 de 75 fracturas inestables de la falange proximal (43%) fijadas con placas o tornillos, y una placa en el dorso del hueso fue el principal factor de riesgo. Es el problema a largo plazo más importante tras estas fracturas, y por eso importan el movimiento temprano y la terapia de mano.
el dedo no se estira por completo en la articulación media	41-68%	En las fracturas oblicuas largas de la falange proximal, se observó cierta pérdida de extensión en la articulación media en el 41% tras agujas y en el 68% tras tornillos de compresión. Las tasas de reintervención y de complicaciones globales no fueron distintas entre ambos métodos.
otra operación	3-21%	La reintervención no prevista en 143 fracturas de la falange proximal fue del 21% (9 pacientes) tras placas, frente al 4.8% tras agujas y al 2.7% tras tornillos de compresión. En un metaanálisis, se produjo una complicación importante que requirió otra operación en el 17% de las placas colocadas en el dorso del hueso y en el 4.2% de las colocadas en su lateral, y en el 6% de los tornillos intramedulares.
una articulación media doblada que no se estira (contractura en flexión)	12-15%	15% tras agujas y 12% tras tornillos de compresión en las fracturas oblicuas largas de la falange proximal.
otra operación para retirar agujas enterradas bajo la piel	17%	Las agujas enterradas bajo la piel tras la fijación de metacarpianos y falanges 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, sin diferencias en las infecciones.

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