

Reparación del ligamento colateral ulnar del pulgar

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 16 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 Una férula o escayola protege la reparación durante las primeras 4-6 semanas; con la férula es posible escribir y realizar trabajos ligeros de oficina. En la literatura analizada, la articulación se mantiene inmovilizada un promedio de 4-5 semanas, y los pacientes que realizan tareas de oficina vuelven al trabajo alrededor de las 4 semanas.	3 months La fuerza de pinzamiento y agarre se recupera una vez retirada la férula. Los protocolos habituales permiten volver a trabajos manuales y a la práctica deportiva a los 3 meses aproximadamente; el tiempo promedio de retorno al trabajo es de 7 semanas, siendo los trabajadores manuales quienes tardan más. Atletas con reparaciones reforzadas mediante cinta de sutura han vuelto a la actividad deportiva a las 5-6 semanas bajo terapia de mano supervisada.	6-12 months La fuerza de pinza y la comodidad se estabilizan a lo largo de 6-12 meses. En los datos agrupados, la pinza de punta, la pinza lateral (de llave) y la fuerza de agarre alcanzan el 95-96% de las del pulgar sano, y las puntuaciones de la mano referidas por los pacientes siguen mejorando entre los 3 y 12 meses posteriores a la cirugía.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión específica. El ligamento afectado está en el lado interno del pulgar, en la articulación donde el pulgar se une con la mano. Esta operación repara ese ligamento para que la articulación vuelva a ser estable.

Por lo general, empezamos con un tratamiento no quirúrgico. En un desgarro parcial, un yeso o una férula pueden mantener el pulgar inmovilizado mientras cicatriza, y esto a menudo deja un pulgar estable y sin dolor. Pero cuando el ligamento está roto por completo, a menudo no cicatriza por sí solo. Alrededor del 75% de los desgarros completos no llegan a cicatrizar solo con férula. El extremo roto del ligamento también puede

desplazarse de su sitio, lo que le impide volver a unirse al hueso. Si un desgarro así no se trata, puede causar dolor a largo plazo y dificultades para usar el pulgar.

La cirugía puede recomendarse de entrada en un desgarro completo, o después de que la férula no haya logrado una mejoría suficiente. El objetivo es un pulgar estable, sin dolor y lo bastante fuerte para agarrar y hacer pinza. El dolor y la función referidos por los propios pacientes mejoran a los tres y a los 12 meses de la reparación en comparación con antes de la cirugía.

Antes de la operación

Su cirujano planificará la operación a partir de pruebas de imagen del pulgar. Normalmente se empieza con una radiografía, que puede mostrar cualquier pequeña fractura en el punto donde se arrancó el ligamento. También puede usarse una resonancia magnética o una ecografía para ver el propio ligamento y confirmar si el extremo roto se ha desplazado de su sitio.

Antes de la cirugía, recibirá instrucciones claras. No debe comer durante las siete horas previas a su operación. Esto permite adelantar su cirugía si la lista de quirófano avanza antes de lo previsto. Puede que tenga que suspender algunos medicamentos, y su cirujano le indicará cuáles y cuándo. Lleve una lista de todo lo que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después, y use ropa holgada y cómoda.

Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesta.

El día de la intervención

Llegará a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y se le preparará para la cirugía. Allí conocerá al anestesta. Esta intervención se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día.

A continuación, se le llevará al quirófano, donde se realizará la operación. Después, despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilarán mientras desaparece el efecto de la anestesia. Cuando su estado sea estable, pasará a la planta del hospital o se irá a casa, dependiendo del procedimiento y de su recuperación.

Qué implica la operación

El cirujano realiza una pequeña incisión en el lateral del pulgar, en el punto donde se arrancó el ligamento. A través de esta incisión, localiza el extremo desgarrado del ligamento y prepara un pequeño punto en el hueso donde antes estaba unido. Después, el ligamento se vuelve a coser sobre ese punto mediante un pequeño anclaje colocado en el hueso. Esto mantiene el ligamento en su lugar mientras cicatriza de nuevo sobre el hueso.

Si el ligamento lleva mucho tiempo desgarrado, los extremos pueden estar demasiado desgastados para coserlos. En ese caso, el cirujano puede reconstruir el ligamento con un tendón cercano de su propio pulgar, plegado para

formar una nueva banda que se une al hueso a cada lado de la articulación. Si el ligamento se arrancó junto con un pequeño fragmento de hueso, ese fragmento se vuelve a fijar en su sitio con una pequeña placa y tornillos.

Algunas reparaciones se refuerzan con una cinta, similar a un lazo, que se cose junto al ligamento. Esta cinta actúa como una cuerda de seguridad temporal y comparte la carga mientras el ligamento cicatriza. Como soporta parte de la tensión, puede que el pulgar empiece a moverse antes que con una reparación sola.

El cirujano también puede colocar un pequeño pin metálico a través de la articulación del pulgar para mantenerla inmovilizada y proteger la reparación de las tensiones laterales. El pin se retira más adelante, cuando la cicatrización ya está en marcha.

La incisión se cierra con puntos y se cubre con un apósito. Pasará a la sala de recuperación, y el equipo de enfermería le vigilará mientras se despierta.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación y después pasará a la planta. Su mano estará en una férula o un yeso, con apósitos sobre la herida. Las enfermeras le mantendrán cómodo y le darán analgésicos si los necesita. Puede levantarse y moverse en cuanto se sienta capaz. Alguien debe quedarse con usted en casa durante las primeras 24 horas. Su equipo médico le indicará si podrá irse a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando le veamos.

Recuperación

Durante los primeros días y semanas, su pulgar estará adolorido e hinchado. Esto mejora gradualmente. Ayuda mantener la mano elevada mientras descansa, al igual que los analgésicos que le da su equipo. Se irá a casa con una férula o un yeso que protege la reparación mientras cicatriza.

Su rutina diaria cambia más de lo que podría esperar. Al principio necesitará ayuda con algunas tareas, sobre todo con todo lo que requiera agarrar con fuerza, como abrir frascos o llevar cosas pesadas. La mayoría de las personas descubren que pueden hacer tareas diarias ligeras bastante pronto, y trabajo de oficina dentro de los plazos que se muestran en la tabla de esta página. La terapia de la mano es una parte importante de su recuperación. Su terapeuta de la mano, Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite mientras el pulgar cicatriza. Los ejercicios empiezan de forma suave y van aumentando a medida que la reparación se fortalece.

A medida que disminuye la hinchazón y vuelve el movimiento, las tareas cotidianas se vuelven más fáciles. Cuando su cirujano considere que la reparación ha cicatrizado, irá volviendo poco a poco a trabajos más pesados, al deporte y al gimnasio. El resultado final sigue mejorando durante un tiempo, a medida que el dolor se calma y vuelve la fuerza.

La recuperación varía de una persona a otra. Sus plazos pueden ser distintos de los rangos habituales, y su cirujano y su terapeuta le orientarán en cada etapa.

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 incidencia a tiempo.

La herida puede infectarse. Podría notar un enrojecimiento que se extiende desde la incisión, líquido o pus que sale de ella, o un dolor profundo y palpitante que no cede con analgésicos comunes. Llame a la clínica ese mismo día si nota alguna de estas señales.

A veces, un pequeño nervio cercano al pulgar se irrita durante la cirugía. Esto puede causar entumecimiento, hormigueo o una zona de sensibilidad extraña en el dorso del pulgar. El entumecimiento y la debilidad durante las primeras 24 horas después de un bloqueo nervioso son esperables y desaparecen a medida que pasa el efecto del bloqueo. Si el entumecimiento dura más allá de ese plazo, llame a la clínica.

La articulación puede quedar algo floja o rígida. Algunas personas notan un dolor leve en la base del pulgar al hacer pinza o agarrar, o que el pulgar no se dobla tanto como antes. Unas pocas notan que su agarre no es tan fuerte. Estos cambios suelen ser leves y a menudo mejoran con el tiempo y la terapia de la mano. Coméntelos en su próxima revisión si le molestan.

La propia reparación puede fallar. Es poco frecuente, pero una caída o un golpe en el pulgar durante las primeras semanas puede forzar o volver a romper el ligamento que está cicatrizando. Notaría un dolor repentino, hinchazón y la sensación de que el pulgar cede. Llame a la clínica si esto ocurre.

Si se ha usado un pin metálico para mantener la articulación inmovilizada, la piel alrededor puede irritarse o infectarse. El enrojecimiento, el dolor a la presión o el líquido alrededor del punto de salida del pin deben comunicarse a la clínica ese mismo día.

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

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de las personas se recuperan sin problemas, pero algunas señales requieren atención rápida.

Acuda a urgencias si tiene hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar o dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda a urgencias si el pulgar, la mano o los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos, azules u oscuros.

Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o líquido o pus que sale de ella. Llame a la clínica ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos.

El entumecimiento y la debilidad durante las primeras 24 horas después de un bloqueo nervioso son esperables y desaparecen a medida que pasa su efecto. Si el entumecimiento dura más allá de ese plazo, o no puede mover el pulgar, la mano o los dedos una vez que ha pasado el efecto del bloqueo, llame a la clínica.

Si no puede contactar con la clínica, 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@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Reparación del ligamento colateral ulnar del pulgar

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 16 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
Cualquier complicación (en su mayoría leves y temporales).	10-17%	El porcentaje de complicaciones es del 12% según un metaanálisis de 2025 con 614 pacientes; solo el 1% requirió un procedimiento adicional. En una serie de 127 pacientes del Reino Unido, ese porcentaje fue del 17%, siendo la mayoría de carácter temporal. En una revisión de 311 atletas, se registró un 10%.
Entumecimiento o irritación nerviosa en el dorso del pulgar.	4-7%	Una rama del nervio sensorial atraviesa la incisión; por ello, el entumecimiento temporal es la complicación más frecuente: el 3,9% (24 de 614 pacientes) según datos agrupados, y el 6,5% en la serie de 127 pacientes. En una pequeña serie de reparaciones agudas, este porcentaje subió al 26%, aunque casi todos los casos se resolvieron. Entre pacientes operados tardíamente, el 31% seguía presentando cierto entumecimiento a los 25 años.
Rigidez de la articulación del pulgar.	4%	5 de 127 pacientes (4%) refirieron rigidez tras la cirugía; además, un tercio de quienes fueron operados tardíamente presentaba rigidez a los 25 años. La inmovilización temporal de la articulación mediante alambre se asocia a mayor dolor sin beneficios en cuanto a estabilidad; por ello, se prefiere el movimiento controlado bajo férula desde el inicio.
Re-ruptura o inestabilidad persistente.	1-3%	En los datos agrupados, la estabilidad se restablece en 99-100% de las reparaciones agudas. La re-ruptura ocurrió en el 0,8% (1 de 127 pacientes) y en el 0,6% (2 de 311 atletas); en una serie con anclajes de sutura hubo una nueva lesión en 36 pacientes (3%), jugando al fútbol un año después. La inestabilidad persistente es más frecuente cuando se reconstruye una lesión antigua mediante injerto tendinoso: ocurre en aproximadamente 1 de cada 6 casos (16-19%).
Síndrome de dolor regional complejo.	1.6%	2 de 127 en la serie del Reino Unido y 10 de 614 en el metaanálisis agrupado, donde fue la segunda complicación más frecuente tras la irritación nerviosa.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Infección de la herida o cicatrización lenta.	1-2%	En la serie de 127 pacientes, la infección superficial se dio en el 0,8% de los casos y la cicatrización retardada, en el 0,8%. Los problemas de tejidos blandos fueron del 7% con el uso de anclajes óseos, frente al 27% con la técnica anterior de botón extraíble; por eso hoy se prefieren los anclajes.
Cicatriz sensible o dolorosa.	0.8%	1 de 127 en la serie del Reino Unido; en la cohorte de Rotterdam de 2023, una cicatriz dolorosa requirió una pequeña corrección quirúrgica.
Artritis de la articulación del pulgar en etapas posteriores.	0.8%	Solo 1 de 127 pacientes presentó este problema tras la cirugía; sin embargo, el 88% de quienes fueron operados tardíamente mostraba signos de desgaste articular en radiografías a los 25 años. La lesión original y la demora en la cirugía influyen más en este resultado que la operación en sí.

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