Pulgar en martillo

Artículo pedagógico - Edición en español

Consultar el artículo y sus recursos en el sitio web del IFTM

Artículo fuente: Hirslund E, Patience C, Hang P, Dabbagh A, Szekeres M. Comparative Outcomes Between Surgical and Conservative Management of Mallet Thumb: A Systematic Review and Pooled Analysis. Hand (N Y). 2026 Feb;21(2):238-248. doi:10.1177/15589447241291600. Publicación electrónica: 13 de noviembre de 2024. PMID:39538386; PMCID:PMC11562129.

El pulgar en martillo corresponde a una lesión del tendón que extiende la falange distal del pulgar. Su extremo permanece flexionado, con dificultad o imposibilidad para extenderlo activamente.

Existen dos situaciones principales: una lesión tendinosa sin fractura asociada o una avulsión ósea en la que el tendón arranca un fragmento de su inserción en la falange distal.

Son lesiones raras: según los autores, representarían alrededor del 2-3% de todas las lesiones en martillo. Esta rareza explica que las publicaciones suelan describir un solo paciente o series pequeñas.

Los autores reunieron 23 estudios, con 103 pulgares tratados: 51 mediante cirugía y 52 de forma conservadora. Compararon la movilidad tras el tratamiento, las complicaciones, la fuerza y, cuando existían datos, las dificultades percibidas por los pacientes.

Los tratamientos incluidos fueron muy heterogéneos. El tratamiento conservador se basaba en inmovilización con distintos tipos de férulas y duraciones. La fase inicial de inmovilización continua oscilaba entre dos y ocho semanas, siendo seis semanas la duración más frecuente. Algunos equipos añadían después un período de uso nocturno. Esto describe las prácticas estudiadas: el artículo no demuestra cuál es la mejor duración.

La cirugía también fue diversa: reparación tendinosa, fijación del fragmento óseo con agujas, tornillos o placa y, en ocasiones, inmovilización temporal de la articulación mediante una aguja. Se comparan, por tanto, dos grandes familias de tratamientos que agrupan varias técnicas.

Resultados principales

Flexión del pulgar: media de 74,2° tras tratamiento conservador frente a 58,4° tras cirugía. En el último control, los pulgares no operados se flexionaban más.

Extensión del pulgar: mayor hiperextensión tras cirugía. Los pulgares operados sobrepasaban más la posición recta; esto no demuestra una mejor función.

Limitación importante de flexión: aproximadamente un 8% tras tratamiento conservador frente a un 31% tras cirugía, entre los casos evaluables. La reducción de flexión se observó con más frecuencia tras cirugía.

Complicaciones: en conjunto se comunicaron menos tras tratamiento conservador. La tendencia favorece la férula, pero las cifras son poco sólidas.

Fuerza y dificultades cotidianas: datos insuficientes para comparar. No puede determinarse qué tratamiento permite un mejor uso real del pulgar.

El resultado más interesante concierne a la flexión. Los autores subrayan que no basta con recuperar un pulgar extendido: también debe flexionarse para la prensión. Una extensión corregida acompañada de rigidez importante puede dejar dificultades funcionales.

Sin embargo, el estudio no demuestra directamente que los pacientes con mayor flexión utilicen mejor la mano. Para ello habría que comparar fuerza, dolor, destreza, vuelta a las actividades y satisfacción. Estos datos faltan especialmente en el grupo conservador.

Las complicaciones requieren una interpretación prudente. Tras cirugía se describen infecciones, deformidades ungueales, problemas de cicatrización, dolor y complicaciones del material. Nueve de los 51 pulgares operados presentaron al menos una complicación comunicada: 17,6%.

Para el tratamiento conservador, el artículo ofrece dos cifras distintas: 2,4% en resultados y 11,5% en discusión, con recuentos y denominadores diferentes insuficientemente explicados. Es razonable retener una tendencia a menos complicaciones, sin cuantificar con precisión la ventaja.

Por qué los resultados no son definitivos

Las lesiones iniciales no eran comparables. Las avulsiones óseas eran más frecuentes en el grupo quirúrgico; algunas lesiones también podían estar más desplazadas o ser menos estables. Un peor resultado quirúrgico puede relacionarse con la gravedad inicial y no solo con la operación.

Faltan numerosas mediciones. La flexión media se basa en 39 pulgares operados y solo 24 tratados conservadoramente, aunque los grupos incluían 51 y 52, respectivamente.

Algunas amplitudes fueron estimadas. Cuando una publicación solo indicaba «flexión completa», los autores asignaban un valor de referencia de 80°. Parte de las medias depende, por tanto, de interpretar descripciones cualitativas.

El seguimiento y la rehabilitación variaban. Una amplitud medida pocas semanas después del tratamiento no es necesariamente comparable a otra medida meses o años después.

La calidad global era limitada: los autores calificaron 17 estudios como de baja calidad y seis como de calidad moderada.

Conviene destacar que no había cuestionarios sobre las dificultades percibidas por los pacientes en el grupo conservador. Tampoco se comunicaron mediciones de fuerza en ese grupo. El artículo informa mejor de la movilidad articular que de la experiencia cotidiana del paciente.

Implicaciones prácticas

La revisión refuerza el interés de considerar el tratamiento conservador cuando las características de la lesión lo permitan. No justifica tratar sistemáticamente todos los pulgares en martillo con férula. La inestabilidad, la subluxación y determinadas fracturas articulares exigen una valoración específica; el artículo no permite establecer un umbral quirúrgico universal.

También recuerda que la rehabilitación y las modalidades de inmovilización forman parte del resultado. Una diferencia de movilidad no puede atribuirse solo al gesto quirúrgico si las duraciones de inmovilización y la progresión de ejercicios difieren.

Ilustraciones del recurso original

Figura 1

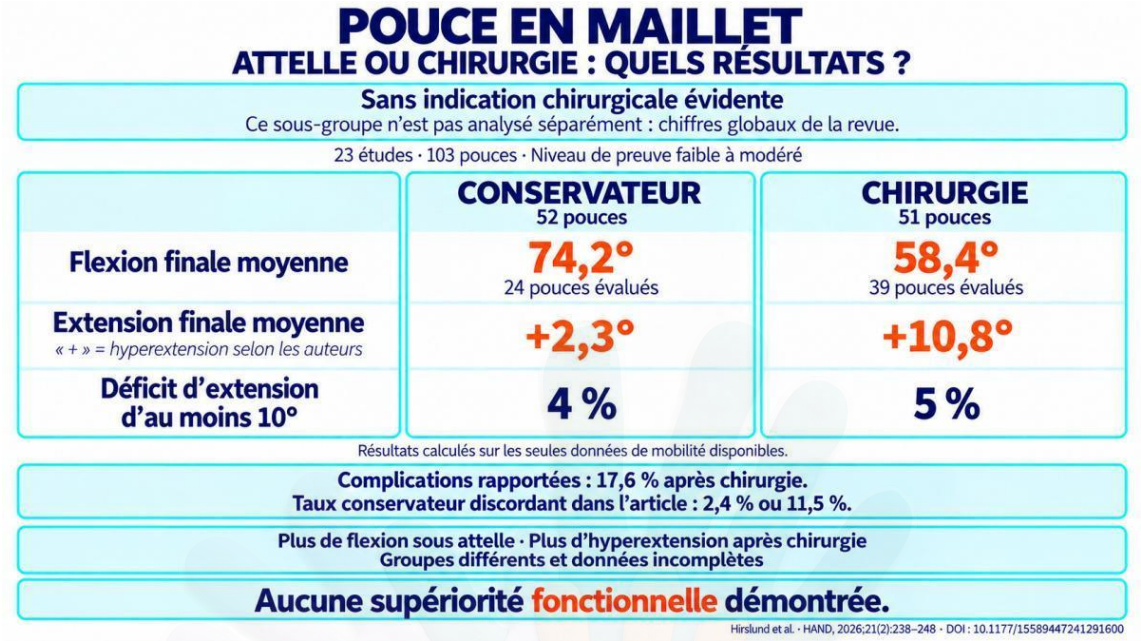


Ilustración original reproducida sin redibujar. El texto incluido en la imagen conserva su idioma original. Consultar el artículo para las fuentes y la interpretación.

Figura 2



Ilustración original reproducida sin redibujar. El texto incluido en la imagen conserva su idioma original. Consultar el artículo para las fuentes y la interpretación.