

# Dedos en Martillo/Hammertoes

CENTRO MÉDICO DE SANTA ROSA/SANTA ROSA MEDICAL CENTER

Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie/Foot and Ankle Surgery Department

Edificio Stein/Stein Building

Un dedo en martillo es una torcedura o un encorvamiento de los dedos menores del pie (los dedos del 2 al 5 se llaman dedos menores). El dedo en martillo puede afectar solamente a un dedo o a varios. Típicamente, si sólo se afecta un dedo, es el segundo o el quinto el que se ve afectado.

Típicamente, el problema es causado por una mecánica anormal del pie. Otros factores que pueden afectar el desarrollo de los dedos en martillo incluyen: herencia, calzado inadecuado (en especial los zapatos apretados, zapatos puntiagudos y tacones altos), trastornos por artritis, trastornos neurológicos y problemas relacionados con el músculo de la pantorrilla/tendón de Aquiles.

Los dedos en martillo generalmente no aparecen hasta la edad adulta, y se desarrollan lentamente con el paso de los años. Con frecuencia, en este plazo la gravedad de la deformidad del dedo (torcedura o encorvamiento) empeora. Lo menos común es que es posible tener los dedos de los pies deformados de manera congénita al nacer. También es posible que un dedo en martillo avance con rapidez, particularmente el segundo dedo (en relación con un problema llamado síndrome de estrés del segundo metatarsfalángeo).

El problema no siempre es doloroso, pero puede serlo. Si la deformidad del dedo del pie es lo suficientemente grave, los zapatos pueden frotar el área del nudillo prominente de la articulación en la parte media del dedo y causar dolor y endurecimiento de la piel (llamado callo). El dolor y los callos también pueden surgir en el extremo del dedo cuando se frota en el suelo o el zapato, o en el lado del dedo cuando las zonas óseas prominentes de dos dedos se frotan entre sí. Además, los dedos en martillo se pueden asociar con dolor en la parte inferior del pulpejo del pie, llamado metatarsalgia, en particular en el segundo dedo (en relación con un problema llamado síndrome de estrés del segundo metatarsfalángeo). Los dedos en martillo también se pueden asociar con otras deformidades del pie, como un dedo gordo que se ha desviado hacia el segundo dedo o debajo del mismo (el término médico para este problema se llama hallux abductovalgus con juanete).

El tratamiento del problema cae en categorías no quirúrgicas y quirúrgicas. La meta del tratamiento no quirúrgico es eliminar el dolor y/o prevenir el avance de la deformidad. La meta del tratamiento quirúrgico es eliminar el dolor y corregir la deformidad. Por lo general, el tratamiento no quirúrgico no corrige la deformidad.

## Tratamiento no quirúrgico

- Use calzado adecuado.** Los zapatos deben tener suficiente espacio para los dedos (anchura y fondo) y deben estar hechos con materiales suaves en la parte superior. Compre los zapatos sólo después de que le hayan medido adecuadamente el largo y el ancho, y de preferencia tarde en el día. Como alternativa, el calzado con la punta abierta puede aliviar la presión y el dolor.
- Pida que le extiendan los zapatos en un taller de reparación de calzado.** Pida al encargado que "estire el punto" justo en el sitio en que el zapato cubre el dedo en martillo prominente. Algunas personas han obtenido gran alivio cortando una "X" en el punto del zapato que cubre el dedo en martillo prominente.
- Use acolchonamiento.** Existen muchos tipos de acolchonamiento que puede comprar en la Depot Store que se encuentra junto al Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie. Las mangas de silicona pueden ofrecer un magnífico acolchonamiento. Los acolchonamientos Crest son útiles para el dolor o los callos en los extremos de los dedos.
- Cúidese usted mismo los callos/las callosidades o pida que se los recorten por una cuota por servicio.** Usted mismo puede cuidarse los callos/las callosidades limando la zona una vez a la semana con piedra pómez o con lima para callos, después de un baño de tina o de regadera. El cuidado de callos/callosidades no es un beneficio cubierto por el Plan de Salud de Kaiser Permanente.

- Las medidas preventivas** para los dedos en martillo incluyen las recomendaciones anteriores, pero también podrían incluir el uso de aparatos ortóticos para el pie (hechos a la medida o de venta libre) y hacer los ejercicios de estiramiento de las pantorrillas todos los días.
- Los aparatos ortóticos de venta libre son prefabricados; generalmente se basan en la talla del zapato y son menos costosos que los hechos a la medida, y tal vez sean menos eficaces que los ortóticos hechos a la medida. En cuanto a los aparatos ortóticos para el pie de venta libre, recomendamos los Superfeet; los puede comprar en la Depot Store que se encuentra junto al Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie.
- Los aparatos ortóticos para el pie hechos a la medida se fabrican con moldes de yeso de los pies, son más costosos que los de venta libre y por lo general son más eficaces que los de venta libre; no son un beneficio cubierto por el Plan de Salud de Kaiser Permanente. Sin embargo, los aparatos ortóticos para el pie hechos a la medida están disponibles mediante el Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie con una cuota por servicio.
- Haga ejercicios de estiramiento de la pantorrilla, de 30 a 60 segundos con cada pierna, por lo menos dos veces al día. (Póngase de pie a la distancia de su brazo de la pared, de frente a la pared. Inclínese hacia la pared, dando un paso al frente con una pierna y dejando la otra en su lugar. La pierna que se queda en su lugar es la que se estira. La pierna que se estira debe tener la rodilla recta (fija) y los dedos de los pies apuntando en línea recta a la pared. Estírese hacia adelante hasta que sienta la tensión en la pantorrilla. Sostenga la posición sin mecerse por un período de 30 a 60 segundos. Repita el estiramiento con la otra pierna).

## Tratamiento quirúrgico

- Existen diversos procedimientos que se usan para corregir con cirugía los dedos en martillo. Sin embargo, la corrección quirúrgica generalmente involucra tanto volver a equilibrar los tendones y ligamentos de la articulación donde el dedo se une al pulpejo del pie como enderezar y fusionar la articulación en la parte media del dedo (el que con frecuencia se dobla hacia abajo). En otros casos, en lugar de fusionar la articulación en la parte media del dedo, se remueve un segmento de hueso en la articulación para permitir que la articulación se enderece. En casos poco comunes, la articulación de la parte media del dedo se puede enderezar cortando el tendón en la parte inferior del dedo. En todos los casos, la meta principal es reubicar y enderezar el dedo operado y reducir el dolor/callos asociados. Además, se podrían requerir procedimientos quirúrgicos adicionales para corregir las deformidades asociadas (como juanetes) o factores de predisposición (músculo de pantorrilla tenso). La cantidad y la naturaleza de los procedimientos requeridos para corregir el pie se determinan con un examen clínico del pie y con rayos X.

Típicamente, cuando se corrige quirúrgicamente un dedo en martillo, se coloca un clavo en la parte media del dedo y a través de la articulación en el pulpejo del pie, de tal manera que el dedo pueda sanar adecuadamente en la alineación correcta. El pie se venda todo el tiempo que los clavos estén en su lugar, y no debe permitirse que se moje. Los clavos se dejan en su lugar hasta por 6 semanas; luego, se remueven en la sala de tratamientos de la clínica sin anestesia (como quitar suturas).

Usualmente, la cirugía se realiza como paciente ambulatorio (usted se va a su casa el mismo día) con anestesia local, mientras recibe un sedante intravenoso por parte del anestetista/anestesiólogo. Por lo general se permite que camine con ese pie después de la cirugía y usualmente no se requiere un yeso. Sin embargo, es posible que la condición de sostener su propio peso y la necesidad de usar un yeso sean determinadas por otros factores, que incluyen otros procedimientos que podría necesitar para corregir el pie.

La recuperación completa puede tomar de 4 a 6 meses. Dependiendo del tipo de trabajo que haga, se le aconsejará que no regrese al trabajo como mínimo por dos semanas (para un trabajo totalmente sedentario sin requisitos de movilidad) hasta por dos meses (para un trabajo que requiera estar de pie/caminar).

El índice de éxito es de aproximadamente 85–90%. Sin embargo, no se pueden garantizar los resultados y podrían ser peores que la situación antes de la operación. Los riesgos incluyen, entre otros: dolor recurrente, callos o deformidades recurrentes, solución incompleta/no resolución del dolor, callo o deformidad, el dolor, el callo o la deformidad empeora, artritis en el pulpejo del pie, rigidez, debilidad, dedo más corto, falta de empuje con el/los dedo(s), transferencia del dolor/callos a un hueso o área adyacente, clavos o herrajes rotos, pérdida prematura de los clavos, curación lenta o nula del hueso, lesión o compresión del nervio, curación lenta de la incisión, cicatriz dolorosa o fea, recuperación prolongada, infección y limitación de la circulación o pérdida del dedo).