



Mallet finger (dedo en martillo): tratamiento percutáneo con doble botón. reporte de caso

Percutaneous Double-Button Technique in the Treatment of Mallet Finger: A Case Report

Barrientos-Ramos Victor¹, Barrientos-Salazar Paolo², Li-Hernández Edwin³, Barrientos Salazar Alexander⁴

¹Docente, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Traumatólogo, Hospital Regional de Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-8320-5794>

²Médico Cirujano. Residente de Traumatología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-1647-6970>

³Médico Anestesiólogo. Hospital Regional de Ica, Perú. <https://orcid.org/0009-0002-3598-4233>

⁴Estudiante de Medicina Humana. <https://orcid.org/0009-0003-8422-4107>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v15i1.691>

Autor corresponsal:

Victor Barrientos-Ramos
Teléfono: +51 973 726 450
Correo electrónico:
victor.barrientos@unica.edu.pe

Contribuciones de los autores:

Barrientos Ramos VH: concepción del estudio y redacción del manuscrito, Barrientos Salazar PF: revisión crítica del contenido científico, Li Hernández EA y Barrientos Salazar PA: recopilación de datos y apoyo en digitación.

Conflicto de Intereses:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento:

Autofinanciado

Como citar:

Barrientos-Ramos Victor, Barrientos-Salazar Paolo, Li-Hernández Edwin, Barrientos Salazar Alexander. Mallet finger (dedo en martillo): tratamiento percutáneo con doble botón. reporte de caso. Rev Méd Panacea. 2026;15(1):67-71. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v15i1.691>

Recibido: 12 - 11 - 2025
Aceptado: 20 - 01 - 2026

RESUMEN

Antecedentes: El dedo en martillo es una lesión frecuente del tendón extensor a nivel de la articulación interfalángica distal, que ocasiona pérdida de la extensión activa. El tratamiento conservador es la primera opción; sin embargo, en lesiones subagudas o crónicas, los resultados pueden ser insatisfactorios.

Método: Se presenta el caso de un paciente varón de 35 años con deformidad en dedo en martillo del quinto dedo de la mano izquierda, secundario a traumatismo deportivo, con evolución subaguda y déficit persistente de extensión. Se realizó tratamiento quirúrgico percutáneo mediante fijación con doble botón (dorsal y volar), utilizando sutura no absorbible guiada con aguja, manteniendo la articulación interfalángica distal en hiperextensión durante seis semanas.

Resultados: Al finalizar el tratamiento, el paciente presentó recuperación funcional de la extensión de la articulación interfalángica distal, sin complicaciones locales ni infecciosas.

Conclusiones: La técnica percutánea con doble botón podría representar una alternativa terapéutica en casos seleccionados de dedo en martillo subagudo o crónico. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para evaluar su reproducibilidad y resultados a largo plazo.

Palabras clave: dedo en martillo; articulación interfalángica distal; tendón extensor; tratamiento percutáneo; cirugía de la mano.

ABSTRACT

Background: Mallet finger is a common injury of the terminal extensor tendon that results in loss of active extension of the distal interphalangeal joint. Although conservative treatment is usually the first-line option, subacute or chronic cases may present unsatisfactory outcomes, making surgical management necessary.

Case Presentation: We report the case of a 35-year-old male patient with a mallet finger deformity of the fifth finger of the left hand following a sports-related injury, with subacute evolution and persistent extension deficit. A percutaneous surgical technique using a double-button fixation (dorsal and volar) was performed. Nonabsorbable suture material was passed percutaneously with the aid of a needle, maintaining the distal interphalangeal joint in hyperextension for six weeks.

Results: At the end of the treatment period, the patient achieved functional recovery of distal interphalangeal joint extension, with satisfactory clinical outcome and no local or infectious complications.

Conclusions: Percutaneous double-button fixation may represent a feasible therapeutic alternative in selected cases of subacute or chronic mallet finger. Further studies with larger sample sizes are required to evaluate the reproducibility and long-term outcomes of this technique.

Keywords: Mallet finger; distal interphalangeal joint; extensor tendon; percutaneous fixation; hand surgery.

INTRODUCCIÓN

El dedo en martillo es una lesión frecuente de la inserción del tendón extensor que provoca la pérdida de la extensión activa de la articulación interfalángica distal (IFD). En la mayoría de los casos, el tratamiento no quirúrgico es considerado la primera opción; sin embargo, las lesiones complejas o con mala evolución pueden requerir manejo quirúrgico. Aún existe controversia respecto a las indicaciones absolutas para la intervención quirúrgica¹.

Se trata generalmente de una lesión cerrada aguda, tratada de forma conservadora mediante inmovilización de la articulación interfalángica distal en extensión con una férula. En el pasado se utilizó la escayola; no obstante, en la actualidad este método tiene indicaciones limitadas. El entablillamiento en extensión de la articulación IFD durante un período de seis a ocho semanas continúa siendo el tratamiento conservador más utilizado².

La lesión crónica del tendón extensor en el dedo en martillo se observa con frecuencia como consecuencia del fracaso del tratamiento conservador o de la falta de reconocimiento y adherencia del paciente en el momento de la lesión².

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico siguen siendo motivo de debate. Algunos autores recomiendan la cirugía en tres situaciones principales: lesiones abiertas, lesiones cerradas en pacientes que no pueden cumplir adecuadamente el tratamiento con férula, y cuando existe un fragmento óseo dorsal de gran tamaño asociado a subluxación palmar de la falange distal³.

Se han descrito múltiples opciones quirúrgicas para el tratamiento de la lesión crónica del dedo en martillo, entre ellas la sutura directa con avance del tendón⁴, la tenodesis con escisión de piel y tejido cicatricial⁵, la reconstrucción del tendón terminal mediante una banda hemilateral⁶, el uso de injertos tendinosos⁷, el reequilibrio tendinoso mediante tenotomía del deslizamiento central⁸, o la obtención de un efecto de tenodesis dinámica con injerto tendinoso⁹. En los casos con déficit severo de extensión de la articulación IFD, lograr la extensión completa puede ser difícil, y los resultados clínicos no siempre son satisfactorios. El uso de botones ha sido descrito principalmente en técnicas abiertas, como la técnica de Doyle¹.

Hasta la fecha, no se ha descrito ampliamente el uso de una técnica percutánea con fijación mediante botón para el tratamiento del dedo en martillo. En el presente reporte de caso, se presenta esta alternativa terapéutica aplicada a una lesión crónica del dedo en martillo, diferenciándose de otras técnicas previamente reportadas en la literatura^{10,11}.

METODOLOGÍA

Paciente varón de 35 años de edad, trabajador de ferretería, que presenta traumatismo en el quinto dedo de la mano izquierda con un tiempo de evolución inicial de aproximadamente dos semanas. El mecanismo de lesión ocurrió durante la práctica de fútbol, cuando el impacto directo del balón produjo una hiperflexión forzada de la falange distal, ocasionando dolor inmediato, deformidad y limitación para la extensión activa de la articulación interfalángica distal (Figura 1).



Figura 1. Extensión activa de la articulación interfalángica distal

El paciente acudió al consultorio externo de traumatología de una clínica particular aproximadamente cuatro semanas después del inicio de la lesión, persistiendo el déficit funcional de extensión del quinto dedo. Tras la evaluación clínica, se decidió realizar tratamiento quirúrgico mediante una técnica percutánea.

El procedimiento consistió en la colocación de dos botones, uno dorsal y otro volar. Utilizando una aguja N.º 18 como guía, se pasó percutáneamente una sutura de nylon no absorbible 2-0, realizándose el cruce y anudado del material, con el objetivo de mantener la articulación interfalángica distal en hiperextensión (Figuras 2, 3 y 4). Posteriormente, el dedo fue cubierto únicamente con una gasa estéril.

Los botones se mantuvieron in situ durante un período de seis semanas, realizándose controles clínicos semanales durante dicho tiempo.



Figura 2.

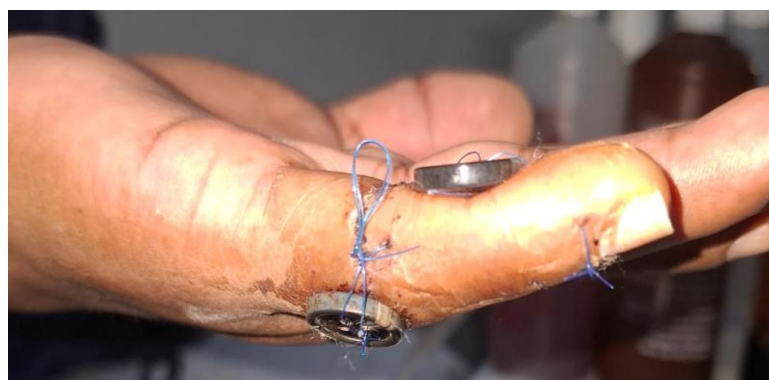


Figura 3



Figura 4.

DISCUSIÓN

En las lesiones crónicas del dedo en martillo, la apertura del foco tendinoso puede resultar desfavorable, ya que con el paso de las semanas se desarrolla un tejido fibroso que envuelve al tendón extensor, lo que incrementa el riesgo de fracaso de las reparaciones término-terminales¹. En este contexto, evitar la exposición directa del tendón puede representar una ventaja biomecánica y biológica.

La técnica percutánea con fijación mediante botones utilizada en el presente caso permite mantener la articulación interfalángica distal en hiperextensión sin necesidad de una disección abierta, lo que podría favorecer la cicatrización funcional del tendón extensor en lesiones crónicas seleccionadas. El uso de botones ha sido descrito principalmente en procedimientos abiertos asociados a reparaciones término-terminales, como en la técnica de Doyle^{1,11}; sin embargo, su aplicación mediante una técnica percutánea no ha sido ampliamente reportada.

Otras modalidades de tratamiento percutáneo descritas en la literatura incluyen el uso de agujas de Kirschner para la fijación de la articulación interfalángica distal, especialmente en lesiones óseas del dedo en martillo¹¹⁻¹⁵. No obstante, estas técnicas pueden asociarse a complicaciones como rigidez articular, infecciones del trayecto del clavo o daño del cartílago articular. En comparación, la técnica presentada podría representar una alternativa menos invasiva, evitando la fijación transarticular rígida.

RESULTADOS

En el quinto dedo de la mano izquierda se logró la recuperación funcional de la extensión de la articulación interfalángica distal, sin evidenciarse complicaciones locales durante el período de seguimiento. El paciente presentó una evolución clínica favorable tras el retiro del sistema de fijación percutánea.

CONCLUSIONES

El presente estudio corresponde a un reporte de caso, por lo que no se realizó una comparación directa de los resultados clínicos con otras técnicas quirúrgicas descritas previamente. En consecuencia, no es posible afirmar la superioridad de esta técnica sobre otros métodos de reconstrucción del dedo en martillo.

No obstante, los resultados obtenidos permiten considerar que la técnica percutánea con doble botón podría ser una opción terapéutica aplicable en casos seleccionados de lesión crónica del dedo en martillo. Se requieren estudios adicionales con un mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para validar la eficacia, seguridad y reproducibilidad de este método.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lamarin GA, Matthew MK. The diagnosis and management of mallet finger injuries. *Hand (N Y)*. 2017;12(3):223–228.
doi:10.1177/1558944716642763
2. Suzuki T, Inaba N, Sato K. A novel surgical technique for chronic mallet finger injury: a case report. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2017;22(1):114–117.
doi:10.1142/S0218810417720078
3. Garberman SF, Diao E, Peimer CA. Mallet finger: results of early versus delayed closed treatment. *J Hand Surg Am*. 1994;19(5):850–852.
4. Iselin F, Levame J, Godoy J. A simplified technique for treating mallet fingers: tenodesis. *J Hand Surg Am*. 1977;2(2):118–121.
5. Lind J, Hansen LB. Abbrevatio: a new operation for chronic mallet finger. *J Hand Surg Br*. 1989;14(3):347–349.
6. Snow JW. Surgical repair of mallet finger. *Plast Reconstr Surg*. 1968;41(1):89–90.
7. Chao JD, Sarwahi V, Da Silva YS, Rosenwasser MP, Strauch RJ. Central slip tenotomy for the treatment of chronic mallet finger: an anatomic study. *J Hand Surg Am*. 2004;29(2):216–220.
doi:10.1016/j.jhssa.2003.11.004
8. Grundberg AB, Reagan DS. Central slip tenotomy for chronic mallet finger deformity. *J Hand Surg Am*. 1987;12(4):545–547.
9. Thompson JS, Littler JW, Upton J. The spiral oblique retinacular ligament (SORL). *J Hand Surg Am*. 1978;3(5):482–487.
10. Beutel BG, Waseem M. Mallet finger injuries. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459373/>
11. Zhu X, Chen X, Lv Y, Chen Y, Gao W, Yan H. The importance of active exercise in treatment of tendinous mallet finger: insights from a randomized controlled clinical trial. *J Hand Surg Am*. 2025 Feb 5.
doi:10.1016/j.jhssa.2024.12.006
12. Shafiee E, Farzad M, Beikpour H. Orthotic intervention with custom-made thermoplastic material in acute and chronic mallet finger injury: a comparison of outcomes. *Arch Bone Jt Surg*. 2024;12(3):176–182.
13. Kuşcu B, Gürbüz K. Extension-block pinning versus custom-made plate fixation technique: a comparison of two methods in the treatment of osseous mallet finger injuries. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2025;31(1):84–94.
doi:10.14744/tjtes.2024.45789
14. Zhang H, Du S, Zhu J. A novel surgical technique for direct fixation of bony mallet finger with K-wires. *J Hand Surg Eur Vol*. 2025;50(7):979–981.
doi:10.1177/17531934241234567
15. Adigüzel IF, Ertem H. Protective suture technique in chronic tendinous mallet finger deformities. *Ann Chir Plast Esthet*. 2025;70(4):335–340.
doi:10.1016/j.anplas.2025.04.006

