



Universidad
Internacional
de Andalucía

TÍTULO

FRACTURA DE 5º MTC A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

AUTORA

Irene Méndez Yáñez

Tutor	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2025
Institución	D. Josep María Solé Artigau Universidad Internacional de Andalucía
Curso	<i>Diploma de Especialización en Terapia de la Mano Basada en la Evidencia y el Razonamiento Clínico (2022-23)</i>
©	Irene Méndez Yáñez
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2023



Universidad
Internacional
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

FRACTURA DE 5º MTC: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Curso 2022-23

**III DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIA
DE MANO BASADO EN LA EVIDENCIA Y
RAZONAMIENTO CLÍNICO**



Alumna:

IRENE MÉNDEZ YÁÑEZ

Tutor:

JOSEP MARÍA SOLÉ ARTIGAU

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO	8
4. VARIABLES OUTCOMES	8
5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA	12
6. SEGUIMIENTO DEL CASO	14
7. RESULTADOS	17
8. DISCUSIÓN	20
9. CONCLUSIONES	21
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
11. ANEXOS	24

1. RESUMEN

Las fracturas de los metacarpianos son una de las patologías más frecuentes de la extremidad superior. La actividad laboral, caídas, golpes y la práctica deportiva contribuyen en gran medida a su alta incidencia. Cuando esto ocurre la funcionalidad de la mano se ve alterada.

Estas fracturas se clasifican en estables e inestables para las cuales hay dos tipos de tratamiento: el conservador y el quirúrgico. Actualmente no existe evidencia suficiente para afirmar que un método de tratamiento ortopédico es mejor que otro, pero se han obtenido buenos resultados con los métodos de tratamiento que permiten la movilización precoz de las articulaciones. Centrándonos en la evidencia del tratamiento conservador de la fractura del metacarpiano del dedo meñique este proporciona un resultado funcional equivalente a la intervención quirúrgica con un regreso a la actividad laboral más temprano y sin riesgo de complicaciones quirúrgicas.

ABSTRACT

Metacarpal fractures are one of the most frequent pathologies of the upper extremity. Work activity, falls, blows and sporting activities contribute to a large extent to its high incidence. When this happens the functionality of the hand is damaged.

These fractures are classified as stable and unstable for which there are two types of treatment: conservative and surgical. There is currently not enough evidence to say that one method of orthopedic treatment is better than another, but good results have been obtained with treatment methods that allow early joint mobilization. Focusing on the evidence, conservative treatment of the metacarpal fracture of the little finger provides a functional result equivalent to surgical intervention with and earlier return to work activity and without risk of surgical complications.

2. INTRODUCCIÓN.

La mano está formada por cinco huesos denominados metacarpianos que la sostienen, tienen forma de curva y ayudan a formar dos arcos de la mano y cada uno de ellos forma su respectivo eje con el dedo. Se enumeran del uno al cinco comenzando desde el pulgar hasta el meñique. Los metacarpianos forman la concavidad palmar de la mano. El segundo y tercer metacarpiano permanecen prácticamente fijos a la articulación del carpo, mientras que el resto son más móviles. (1)

Las fracturas metacarpianas se encuentran entre las lesiones más comunes de la extremidades superiores en adultos, y representan entre el 18 y el 44% de todas las fracturas de la mano. Los metacarpianos que no son del pulgar representan alrededor del 88% de todas las fracturas, siendo el quinto dedo el más afectado. (2)

La incidencia es de 3.7 por 1000 por año para los hombres y 1.3 por 1000 por año para mujeres ocurriendo principalmente en gente joven entre los 10 y 40 años. (3)

Es una fractura propia de varones jóvenes en edad laboral que se producen generalmente por un impacto contra una superficie con el puño cerrado, de ahí su denominación como fractura del boxeador. El mecanismo de lesión es casi siempre un traumatismo directo, golpe o caída. (2, 3, 4)

La fractura del 5° metacarpiano se puede subcategorizar en fractura de:

- Cabeza.
- Cuello (la más frecuente).
- Diáfisis (transversa, oblicua, espiral, conminuta).
- Base.

Estas fracturas cursan con:

- Deterioro funcional, incluyendo debilitamiento del inicio del agarre del quinto metacarpiano.
- Dolor.

- Hinchazón, edema.
- Equimosis.
- Rigidez.
- Reducción del movimiento activo.

Como consecuencia de estas limitaciones se da una disminución de la funcionalidad de la mano.

La valoración inicial debe comenzar con la historia clínica en relación al mecanismo de lesión, entrevista donde cobrará importancia su profesión, ocio y tiempo libre, mano dominante, antecedentes sociales, exploración física e inspección de los signos específicos. La exploración física nos indicará si hay sospecha de fractura y será en base a:

- Aspecto: hinchazón o moratones, cortes o laceraciones y deformidad.
- Sensación: dolor, estabilidad o inestabilidad articular, derrame articular, crepitación, entumecimiento, daño nervioso, examen vascular y evaluación de la circulación distal a la lesión.
- Movimiento: evaluación articular global y analítica de la mano. (2)

Para las valoraciones tendremos en cuenta el lado contralateral a la lesión.

Una vez clasificada la fractura en función de: deformidad, estabilidad o tipo de trazo se debe decidir qué tratamiento es el más adecuado. Las fracturas inestables e irreducibles precisan de tratamiento quirúrgico, así como las fracturas asociadas a lesiones tendinosas que precisen una rehabilitación rápida e intensa. No existen pautas estándar para el tratamiento y va desde el tratamiento conservador, agujas de Kirschner (K-Wires), placas y tornillos.

El 85% de las fracturas utilizan tratamiento conservador. Se calcula que apenas un 5% tienen indicación quirúrgica. (1)

En general el diagnóstico se sospecha a partir de los síntomas y se confirma con radiografía para valorar la gravedad de la fractura y no siendo hasta las 4 y 6 semanas cuando se consolide. (3, 6)

En la mayoría de los casos, las fracturas del metacarpiano se tratan con

reducción e inmovilización.

Se han descrito numerosos métodos de inmovilización, férula de escayola, férulas moldeadas en 3 puntos, vendaje compresivo y sindactilia, férulas ortopédicas tipo brace, etc. Actualmente no existe evidencia suficiente para afirmar que un método de tratamiento ortopédico es mejor que otro, pero se han obtenido buenos resultados con los métodos de tratamiento que permiten la movilización precoz de las articulaciones. Generalmente la inmovilización se recomienda en posición de intrinsec plus (MCF a 90 e IF en extensión) (5).

Las férulas deben inmovilizar el menor número de articulaciones posible (una articulación proximal y una distal a la lesión afecta), e inmovilizar en la posición en que las estructuras capsulares estén distendidas para evitar la posterior rigidez. La posición neutra será en "intrínseco plus": carpo en extensión de 30°, flexión de articulación MF entre 70-90° y extensión a 0° de articulaciones interfalángicas. Se debe asociar una sindactilia del radio afecto con uno adyacente para evitar los trastornos rotacionales. Los métodos que se proponen, tanto quirúrgicos como conservadores van encaminados a disminuir la angulación dorsal del cuello, ya que teóricamente el acortamiento que induce en la musculatura intrínseca provoca una disfunción en el aparato extensor y una pérdida de fuerza. (6, 7)

Centrándonos en la evidencia del tratamiento conservador de la fractura del metacarpiano del dedo meñique proporciona un resultado funcional equivalente a la intervención quirúrgica con un regreso a la actividad laboral más temprano y sin riesgo de complicaciones quirúrgicas. (8, 9)

La curación de fracturas se puede dividir en tres fases: fase reactiva que comienza después del traumatismo y dura varios días, se caracteriza por inflamación y edema. La fase reparadora ocurre cuando los extremos del hueso están en contacto directo mediante la inmovilización y se elimina la osificación endocondral produciéndose la unión por formación directa de hueso a través del espacio de fractura. Se forma entonces el callo de la fractura. Y por último la fase de remodelación que dura varios meses. Hay una serie de factores que pueden afectar a la curación, incluida la edad del paciente, complejidad/

carácter de la fractura, enfermedad sistémica, la demora en la atención médica y las complicaciones de los tejidos blandos.

No existe un protocolo específico para el tratamiento conservador de estas fracturas pero la gran mayoría para fracturas no desplazadas se divide por semanas y es el siguiente (10):

Semana	Tratamiento
0-3	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización con férula en flexión para evitar la adherencia de los ligamentos colaterales • Controlar edema • Movilización activa y pasiva suave
3-4	<ul style="list-style-type: none"> • Retirada de inmovilización • Respeto al dolor • Ejercicios de movilidad activa, pasiva y deslizamiento tendinoso
4-5	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movilidad activa, pasiva y resistida • Potenciación muscular • Trabajo de fuerza muscular cuando tenga el 80% del balance articular recuperado
6-8	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación fractura • Retorno a la vida laboral

3. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO.

Varón de 41 años, diestro que sufre el 28/11/22 una fractura del cuello del quinto metacarpiano tras una caída casual sobre el miembro superior derecho. Es técnico de sonido en eventos. No presenta antecedentes de interés para el proceso actual. Acude al servicio de traumatología donde se le realiza una exploración física que indica que no existe deformidad o hematomas. En dicha exploración presenta tumefacción en el dorso de la mano derecha con dolor a la palpación en la base del quinto metacarpiano. Presenta movilidad limitada por dolor y no existen alteraciones nerviosas distales. El plan de tratamiento que se establece es:

- Inmovilización con sindactilia más férula en intrínseco plus.
- Mantener la mano en elevación.
- Ibuprofeno 600 mg cada ocho horas durante cinco días.
- Paracetamol 1 g cada ocho horas alterno con ibuprofeno si tiene dolor.
- Acudir a los 7 días a consulta de traumatología.

El 16/12/2022 se repite radiografía y no hay consolidación. Se le cambia a órtesis para empezar a mover activamente. Vuelve a consulta el 5/01/2023 aún con dolor donde se le explica riesgo de pseudoartrosis. Vuelve el 24/01/2023 donde se retira órtesis y se le pautan ejercicios para domicilio e inicio de RHB. El 1/02/2023 es valorado por el médico rehabilitador que pauta Terapia Ocupacional y magnetoterapia. El 7/02/2023 inicia rehabilitación en el servicio de Terapia Ocupacional cinco días a la semana. Acude a traumatología el 24/02/2022 donde se le explica que en la radiografía hay mejoría pero por la clínica de dolor solicita TAC. A día 20/03/2023 sigue pendiente del TAC.

4. VARIABLES OUTCOMES:

Para este estudio, las variables que se han recogido son la funcionalidad, rango articular pasivo y activo, balance muscular, edema, tipo de dolor y sensibilidad. Destacar que la valoración se realizó bilateralmente. En la mano izquierda el balance muscular y articular se encuentra dentro de los valores normales.

QUICK-DASH:

Se utiliza la escala Quick-Dash ya que es una escala que permite la valoración integral de miembros superiores como unidad funcional. Fue diseñada para evaluar de forma breve las lesiones musculoesqueléticas de la extremidad superior. Consta de 11 ítems. Es recomendable en la práctica clínica ya que detecta cambios en su aplicación. Cuanto mayor es el resultado, mayor discapacidad. La interpretación de la misma se realiza mediante la siguiente fórmula. (11)

$$(SUMA DE RESPUESTAS/N) -1 \times 25$$

RANGO ARTICULAR PASIVO Y ACTIVO:

El rango articular pasivo es el movimiento que se produce por la contracción muscular voluntaria y el pasivo es aquel que realiza el examinador sin la ayuda de la acción muscular activa de la persona examinada que puede ser o no consciente. Se realiza valoración goniométrica digital con la correspondiente alineación y se valora la flexión de la metacarpofalángica e interfalángica distal y proximal. Los valores normales de las MCF son 90°, IFP 95° y 110°, IFD 70° y 85°.

BALANCE MUSCULAR:

Para la valoración de balance muscular se utiliza la Escala Daniels ya que se carece de dinamómetro y pinzómetro. La Escala Daniels es una herramienta que se utiliza para medir la fuerza de ciertos grupos musculares. La escala sigue una numeración concreta, con seis niveles diferenciados del 0 al 5.

- 0 Ausencia de contracción.
- 1 Contracción sin movimientos.
- 2 Movimiento que no vence la gravedad.
- 3 Movimiento completo que vence la gravedad.
- 4 Movimiento con resistencia parcial.

5 Movimiento con resistencia máxima.

SENSIBILIDAD:

Se valoran todos los tipos de sensibilidad propioceptiva, cortical y superficial y ninguna de ellas se encuentra alterada para buscar respuestas sobre como funciona su sistema nervioso.

EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA)-TIPO DE DOLOR:

Se utiliza la escala visual analógica (EVA) que permite medir la intensidad del dolor. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros en la cual en la parte izquierda se ubica la ausencia o menor intensidad y en la derecha la mayor intensidad. Se le pide al paciente que marque en la línea el punto que indica la intensidad percibida. (12)

Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.

Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

De igual modo, también se le pregunta como es el comportamiento del dolor, intensidad, factores agravantes y/o de alivio. Además de incluir aspectos sobre la parte biopsicosocial, tanto de pensamientos, creencias, apoyos familiares, trabajo.

VALORACIÓN GLOBAL	DÍA 1 RHB
<u>QUICK-DASH</u>	45,45
<u>BALANCE ARTICULAR</u> <u>Goniometría</u>	MCF: 80° Activo: IFD 85° Activo: IFP 60° Pasivo: completo
<u>BALANCE MUSCULAR:</u>	

Flexor superficial	4/5
Flexor profundo	4/5
Extensor propio	4/5
Lumbricales	4/5
Interóseos palmares	4/5
Interóseos dorsales	4/5
<u>EVA (Escala Visual Analógica)</u>	4/10 (MODERADO)
<u>Comportamiento del dolor:</u> En reposo En movimiento Nocturno Matutino	Nocturno En movimiento
<u>Alteraciones sensitivas</u> Hiperalgnesia Hipoestesia Disestesia Parestesia	Disestesias
<u>Valoración sensibilidad</u> <u>Superficial exteroceptiva</u> <u>Profunda propioceptiva</u> <u>Cortical</u>	Sin alteraciones

ASPECTO DE LA MANO DÍA 1 DE REHABILITACIÓN:



Figura 1



Figura 2



Figura 3

5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA.

Los objetivos de tratamiento conservador de las fracturas de los metacarpianos incluyen en una etapa inicial: (13,14)

- Reducción anatómica (alineación).

- Conseguir estabilidad.
- Control del edema (en este caso no hay).
- Manejo del dolor (medicamentos, modalidades de agente físico).
- Preservar el rango articular global.
- Maximizar el deslizamiento del tendón adyacente y minimizar la discapacidad.
- Permitir movilidad temprana.
- Prescripción de ejercicios para domicilio.
- Evitar adherencias y rigideces articulares.
- Reeducación en las actividades de la vida diaria, riesgos, precauciones.
- Educación sobre el diagnóstico, análisis de la actividad, complicaciones futuras y pronóstico.

Una vez que la fractura es estable se da inicio al procedimiento terapéutico en una etapa media: (9,13)

- Mejorar el rango de movimiento (ROM) pasivo y activo.
- Movilizaciones articulares activas y pasivas.
- Fortalecimiento muscular y propioceptivo.
- Disminuir el dolor.
- Promover funcionalidad.
- Disminuir la probabilidad de discapacidad permanente.
- Fomentar adherencia al tratamiento.

A largo plazo:

- Recuperación de la musculatura y la fuerza previo a la lesión.
- Recuperación total de la funcionalidad de la mano.
- Vuelta a la actividad laboral.

Las técnicas de intervención que se van a realizar son las siguientes: actividades de rango de movimiento, movilización articular tanto pasiva, activa

como resistida, actividades funcionales, TENS, parafina, imaginería motora graduada (GMI), educación en el dolor, actividad física y modalidades de agentes físicos.

6. SEGUIMIENTO DEL CASO.

Se procedió a realizar la intervención según los objetivos previamente descritos. Respecto a las actividades, decir que se harán en las sesiones de terapia ocupacional, de lunes a viernes con una duración de 45 minutos.

En un primer momento el 28/12/2022 para ayudar a estabilizar la fractura y permitir que los tejidos blandos se mantengan adecuadamente se le prescribe sindactilia más férula en intrínseco plus. Vuelve a consulta el 16/12/2022 se le cambia a órtesis para que empiece a mover activamente.

El 07/02/2023 inicia rehabilitación donde se valora con las escalas citadas anteriormente y se empieza a realizar el tratamiento.

La **primera semana** de tratamiento prestamos especial atención al comportamiento del dolor referido nocturno y en movimiento través de agentes físicos como son TENS para provocar analgesia a través de los receptores opioides y activando los mecanismos de inhibición descendentes. También se hace uso de la magnetoterapia para abordar el dolor y regenerar los tejidos. Se prescribió



Figura 4



Figura 5

actividad física ligera pautada como fue salir a caminar teniendo en cuenta las

condiciones de paciente para aumentar la producción de opioides endógenos que generan anti-nocicepción. Se incidió en la educación en el dolor y imaginería motora graduada (GMI) con el objetivo de activación de redes corticales y organización neural. Todas estas terapias con sus mecanismos de acción y evidencia actual ayudan al tratamiento y liberación del dolor. En conjunto con el paciente se le explica que nuestro objetivo desde terapia ocupacional no va a ser quitar el dolor sino mejorar la funcionalidad y calidad de vida ya que esto va a mejorar su estado.

También realizamos movilizaciones pasivas y activas suaves ya que existe una limitación del rango articular global. Destacar que ningún ejercicio y tratamiento se sobrepasó de 4/10 de dolor. A su vez se realizan ejercicios de movilidad general de mano:

- Separar y juntas dedos. Posteriormente añadiendo resistencia.
- Hacer puño.
- Hacer puño y mantener 5 segundos.
- Con la palma de la mano en supinación, intentar cerrar puño.
- Con la palma de la mano en supinación, cerrar puño y mantener 5 segundos.
- Con la palma de la mano en supinación, cerrar pasivamente.
- Hacer garra.
- Hacer garra y mantener 5 segundos.
- Oposición con quinto dedo.
- Con la palma de la mano en pronación, flexionar y extender quinto dedo hacia dentro de la palma de la mano.

Estos ejercicios los realizó 3 veces al día x 10 repeticiones por cada ejercicio.

A partir de la **segunda y tercera semana** se combina movilización articular pasiva y activa con ejercicio terapéutico y deslizamientos diferencial tendinosos en tabla canadiense.

- Deslizamiento distal de extensores de forma activa (se le pedirá al paciente que realice el movimiento de “gancho” de abrir y cerrar para realizar un deslizamiento distal de extensor (deslizamiento proximal de flexores).
- Deslizamiento distal de flexores.
- Ejercicios de deslizamiento del tendón sin tabla canadiense (15) (ANEXO 2):
 - (A) Postura de garra para lograr el deslizamiento del tendón del extensor digitorum communis (EDC) sobre el hueso metacarpiano.
 - (B) postura intrínseca positiva para lograr deslizamiento central/bandas laterales sobre la falange proximal (P1).
 - (C) ejercicios de bloqueo del flexor digitorum profundus (FDP) para deslizar el tendón FDP sobre P1.
 - (D) Postura de puño de gancho para promover el deslizamiento selectivo del tendón FDP.
 - (E) Ejercicio de bloqueo del flexor digitorum sublimis (FDS) para deslizar el tendón FDS sobre la falange media.
 - (F) sublimis la postura del puño para promover el deslizamiento selectivo del tendón FDS.
- Deslizamiento tendinoso, hacer rodar bolígrafo.

A partir de la **cuarta y quinta semana** se incluye fuerza progresiva ya que disminúe el grado del dolor y posiciones estáticas en tabla canadiense para conseguir ROM completo y fortalecimiento de la musculatura intrínseca de la mano. Primeramente se realiza movilización pasiva, activa y resistida para posteriormente realizar:

Trabajo y técnicas funcionales para mejorar agarre, ejercicios de presión y agarre en puño, ejercicios de agarrar y soltar. Los ejercicios a realizar fueron los siguientes:

- Meter canicas hacia dentro de la mano e ir soltando una a una.

- Masilla terapéutica de distintas durezas.
- Abrir y cerrar mano con gomas elásticas de distintas resistencias.
- Uso de pinzas primero sin resistencia y posteriormente con resistencia. Se gradúa la actividad en función de la tolerancia al dolor.
- Abrir tapones.
- Estrujar toalla/bayeta realizando prensiones, agarres, desviaciones y giros.
- Levantar botella llena de arena.
- Coger garbanzos/pompones con máxima flexión de quinto dedo.
- Ejercitadores y fortalecedores de dedos y manos graduando resistencia (Digiflex, pelota de mano, anillo de agarre, red elástica de ejercicio manual y handgrip).
- Ejercicios graduando resistencia con theraband comenzando con la más ligera (amarilla).

Estos ejercicios los realizó 3 x 10 repeticiones por cada ejercicio.

En la **sexta semana** de rehabilitación se empieza con movilización pasiva, activa y resistida y se incrementa la fuerza y la vuelta a la actividad laboral con actividades adaptadas a su puesto y a su vida diaria. Para ello se realizan las actividades realizadas anteriormente pero incrementando resistencia y peso.

7. RESULTADOS.

Después de la realización de la intervención durante un periodo de 6 semanas y previo a la revisión con el médico rehabilitador se realiza la re-evaluación de las variables outcomes donde se obtienen los siguientes resultados:

VALORACIÓN	DÍA 1 RHB	TRES SEMANAS	SEIS SEMANAS
<u>QUICK-DASH</u>	45,45	30	0

<u>BALANCE</u> <u>ARTICULAR</u> <u>Goniometría</u>	MCF: 80° Activo: IFD 85° Activo: IFP 60° Pasivo: completo	MCF: 85° Activo: IFD 90° Activo: IFP 65° Pasivo: completo	MCF: 90° Activo: IFD 95° Activo: IFP 70° Pasivo: completo
<u>BALANCE</u> <u>MUSCULAR:</u> Flexor superficial Flexor profundo Extensor propio Lumbricales Interóseos palmares Interóseos dorsales	4/5 4/5 4/5 4/5 4/5 4/5	4/5 4/5 4/5 4/5 4/5	5/5 5/5 5/5 5/5 5/5
<u>EVA (Escala</u> <u>Visual</u> <u>Analógica)</u>	4/10 (MODERADO)	2/10 (SUAVE)	NO HAY DOLOR
<u>Comportamiento</u> <u>del dolor:</u> En reposo En movimiento Nocturno Matutino	Nocturno En movimiento	Nocturno	-
<u>Alteraciones</u> <u>sensitivas</u> Hiperalgnesia Hipoestesia Disestesia	Disestesias	-	-

<u>Parestesia</u>			
<u>Valoración</u> <u>sensibilidad</u> <u>Superficial</u> <u>exteroceptiva</u> <u>Profunda</u> <u>propioceptiva</u> <u>Cortical</u>	Sin alteraciones	Sin alteraciones	Sin alteraciones

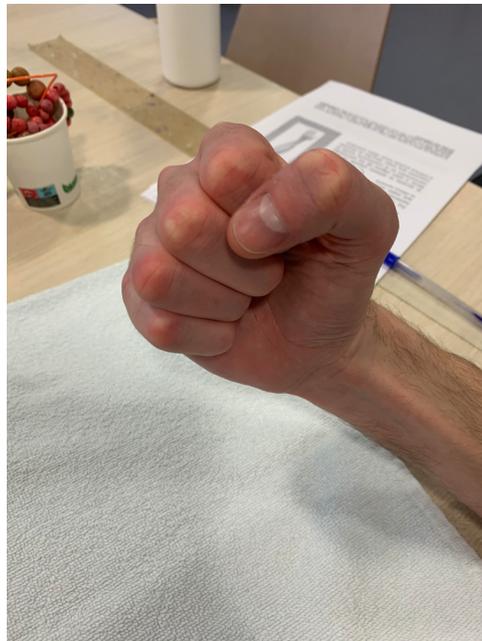


Figura 6

8. DISCUSIÓN.

Las fracturas de los metacarpianos se encuentran entre las lesiones más comunes de la extremidades superiores en adultos, y representan entre el 18 y el 44% de todas las fracturas de la mano. Los metacarpianos que no son del pulgar representan alrededor del 88% de todas las fracturas, siendo el quinto dedo el más afectado. Su mecanismo de lesión suele ser por una caída, golpe o traumatismo (2).

El caso clínico descrito anteriormente es causa de una caída. Cabe destacar que pese a los buenos resultados obtenidos desde el punto de vista rehabilitador este caso llega al departamento de rehabilitación de manera tardía, un mes después desde la consolidación. Se realizó un tratamiento conservador de la fractura. La tendencia respecto al tratamiento suele ser para fracturas estables tratamiento conservador y para aquellas inestables se utiliza tratamiento quirúrgico. Sería preciso tener más evidencia sobre que tratamiento es mejor que otro ya que no hay suficiente, lo que si está comprobado es que la movilidad precoz favorece la reincorporación laboral (9) (10).

9. CONCLUSIONES.

Tras la realización del caso clínico se ha podido comprobar que el tratamiento conservador de la fractura del quinto ayuda a la recuperación de la funcionalidad y reincorporación laboral en un periodo de 6 semanas desde que inició rehabilitación. En el análisis de resultados se puede observar la mejoría notable desde el inicio de rehabilitación a la reevaluación final de las variables outcomes donde presenta rangos articulares, fuerza muscular, Quick-Dash y grado de dolor normales.

Destacar que finaliza rehabilitación el 20/03/2023 tras tener la revisión y ser dado de alta por el médico rehabilitador. El paciente se incorpora trabajar como técnico de sonido el 21/03/2023.

Sería conveniente realizar estudios a gran escala que abordan en profundidad este tema, con un mayor número de pacientes y un seguimiento más prolongado.

10. REFERENCIAS:

1. Meals C, Meals R. Hand Fractures : A Review of Current. YJHSU [Internet]. 2014;38(5):1021–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.02.017>
2. Popova D, Pahal GS, Vamadeva SV, Welman T. Symposium on the Hand Management of hand fractures Symposium on the Hand. 2020;1–11.
3. Wormald JCR, Claireaux HA, Jain A, Furniss D, Costa ML. Management of extra-articular fractures of the fifth metacarpal: Operative vs . Non-operative treatment (FORTE) – A systematic review and. JPRAS Open [Internet]. 2019;20:59–71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2019.02.001>.
4. Chong HH, Hau MYT, Shah R, Singh H. Management of Little Finger Metacarpal Fractures : A Meta-Analysis of the Current Evidence. 2020;25(3):281–90.
5. Tahir M, Malhotra R, Carre A. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma Management of metacarpal fractures. 2020;11:554–61.
6. Girona SB. Comparación de dos tipos de tratamiento ortopédico en las fracturas del cuello del quinto metacarpiano. 2011;46:7–9.
7. Kollitz KM, Hammert WC, Vedder NB, Huang JI. Metacarpal fractures : treatment and complications. 2014;16–23.
8. Juan D, Castillo D, Casales N, Filomeno P. Tratamiento de las fracturas no articulares de los metacarpianos excluido el primer dedo . Revisión bibliográfica sistematizada. 2016;32(3):205–17.
9. Marquínez JZ, Reza AG, Prado DMD, González BH, Pi JG, Menéndez MC. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología Estudio prospectivo sobre el tratamiento conservador de las fracturas de cuello de quinto metacarpiano. 2022;66.
10. Pandya T, Dale S, Donnison E, Kluzek S. Conservative management of fifth metacarpal head fracture in a professional cricketer: A case study

and literature review. *Clin Case Rep.* 2020;8:1682–1685. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2960>

11. Alejandro GL, González G, Sierra SFA, María R, Rodríguez C. Validación de la versión en español de la escala de la función del miembro superior abreviada: Quick Dash. *Ortopedia y Traumatología.* 2019;32(4).
12. Herrero MTV, Bueno SD. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. 2018;25(4):228–36.
13. Hoppenfeld S, Murthy V. *Fracturas tratamiento y rehabilitación.* Madrid: Marban; 2004.
14. Quesnot A, Chanussot J. *Rehabilitación del miembro superior.* España: Médica Panamericana; 2010.
15. Hardy MA. Principles of Metacarpal and Phalangeal Fracture Management: A Review of Rehabilitation Concepts. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy.* 2004; 34 (12).

11. ANEXO 1

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Dña. [REDACTED], años de edad y con
DNI nº [REDACTED], paciente del Hospital Lucus Augusti (HULA),

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el trabajo y que he recibido información suficiente sobre la finalidad del mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del trabajo cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi rehabilitación.

Presto libremente mi conformidad para participar como caso clínico en el Trabajo Fin de Máster "Especialización en Terapia de Mano" y la utilización de mi historia clínica para dichos fines académicos.

He sido también informada de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Lugo a 16 de febrero de 2023

Firma:

ANEXO 2



A



B



C



D



E



F