

Dedo en gatillo

Fecha de la última revisión: **27/05/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Algoritmo de tratamiento del dedo en gatillo](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La tenosinovitis estenosante, comúnmente conocida como dedo en resorte o en gatillo, se caracteriza por una inflamación y engrosamiento del tendón flexor y su vaina sinovial, con formación progresiva de un nódulo y atrapamiento del mismo a la flexoextensión a nivel habitualmente de la porción anular de la vaina fibrosa del dedo situada a nivel de la articulación metacarpofalángica (polea A1) (Crop JA, 2011).

Se manifiesta con un salto (“clic”) doloroso en la región palmar a la flexoextensión, pudiendo afectar a uno o varios dedos (más habitual en el 1º, 3º y 4º dedo). Puede llegar a provocar un bloqueo del dedo en flexión que requiera de manipulación pasiva para conseguir extenderlo.

En un porcentaje importante de casos, se produce por realizar movimientos repetidos en el ámbito laboral, sufriendo a ese nivel microtraumatismos. Su incidencia es mayor en pacientes con diabetes, hipotiroidismo, artritis reumatoide, gota, tendinopatías locales previas (síndrome del túnel carpiano, tendinitis de De Quervain o contractura de Dupuytren), amiloidosis, mucopolisacaridosis e insuficiencia cardíaca (Chambers RG, 2009; Akhtar S, 2005).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en la clínica y la exploración física (flexoextensión con resorte, nódulo/engrosamiento), no siendo necesaria prueba complementaria alguna salvo en caso de sospecharse alguna de las patologías de base mencionada en el apartado anterior (Chambers RG, 2009).

Indicadores de mal pronóstico: edad (jóvenes), diabetes mellitus (peor si tratamiento con insulina), afectación de varios dedos, historia de otras tendinopatías asociadas, clínica de larga evolución con desarrollo de metaplasia fibrocartilaginosa en la polea A1 estenosante (Huisstede BM, 2010).

¿Cómo se trata?

El tratamiento temprano (menos de 4 meses de evolución) garantiza una mejor respuesta (Crop JA, 2011).

Se recomienda de entrada el manejo conservador/sintomático, aunque para la mayoría de los autores el tratamiento definitivo es el quirúrgico (Wang J, 2013; Crop JA, 2011; Huisstede BM, 2010).

Inmovilización. De elección en las primeras 4-6 semanas salvo si los síntomas son graves (se podrían indicar infiltraciones locales de corticoides desde el inicio). El uso de una férula de inmovilización con el objeto de evitar el recorrido del tendón y mejorar la sinovitis puede resultar beneficioso en un 50-70% de los casos (Chambers RG, 2009; Akhtar S, 2005).

Terapia antiinflamatoria

AINEs. No existen ensayos clínicos sobre su potencial beneficio (Crop JA, 2011).

Infiltraciones locales de corticoides. Para algunos autores es el tratamiento de primera elección (Wang J, 2013; Huisstede BM, 2010; Nimigan AS, 2006). Las inyecciones de corticoides con lidocaína son más eficaces que las de **lidocaína** sola a las 4 semanas (NNT:3), consiguiendo un alivio sintomático que puede durar hasta 12 meses (Peters-Veluthamaningal C, 2009; Peters-Veluthamaningal C, 2008) . Los indicadores pronósticos son los mencionados en el primer apartado. De hecho, en diabéticos, su eficacia es relativamente baja y su uso más discutible (Crop JA, 2011; Baumgarten KM, 2007).

Tras una primera infiltración, si los síntomas no disminuyen en al menos un 50%, se recomienda repetir una segunda a las 6 semanas. En los pacientes con artritis reumatoide deben evitarse las infiltraciones múltiples por el riesgo de rotura tendinosa (Benson LS, 1997; Anderson B, 1991).

Para la infiltración se utiliza una aguja de 2,5 ml para inyectar una mezcla de 0.5-1 ml de 40 mgrs/ml de un corticoide (**metilprednisolona**) y 0.5 ml de lidocaína al 1%, sin vasoconstrictor.

Tras la infiltración, es conveniente tomar una serie de medidas:

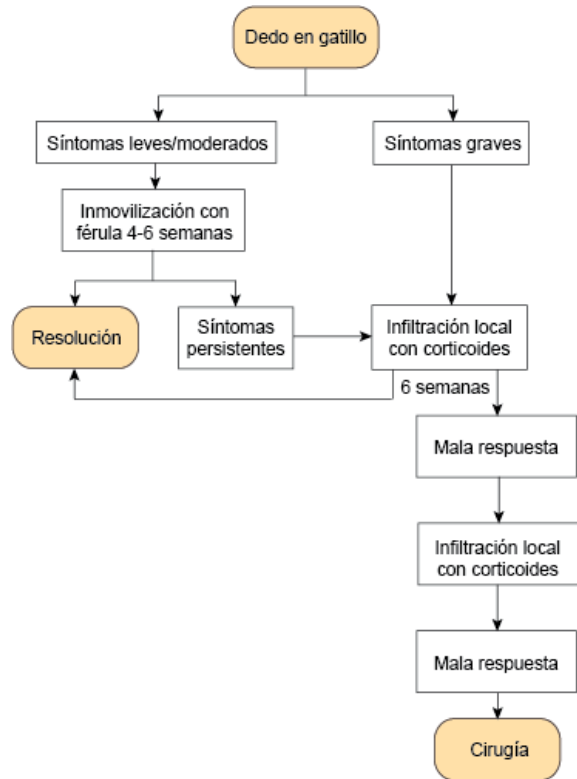
- Inmovilización con férula de 1 a 2 semanas con 10-15º de flexión.
- Aplicación de frío durante 15' cada 4-6h los primeros 3-4 días y analgesia con **paracetamol** si dolor.
- Durante 3-4 semanas, evitar movimientos repetitivos o vibraciones que afecten sobre todo a las cabezas metacarpianas.
- Iniciar en torno a la 3ª semana ejercicios pasivos de estiramiento.
- La reincorporación laboral puede hacerse en 2-3 semanas, dependiendo del tipo de trabajo (Tallia AF, 2003).

Entre los efectos secundarios de las infiltraciones nos encontramos: atrofia cutánea o subcutánea (por atrofia grasa), hipopigmentación de la piel, sangrado, infección (minimizada con técnica estéril) y muy raramente rotura tendinosa (por inyección intratendinosa).

Cirugía. Es el tratamiento más efectivo (Wang J, 2013; Crop JA, 2011; Huisstede BM, 2010). Indicada cuando el tratamiento conservador/sintomático no es eficaz y en casos graves o de larga evolución. Eficaz en un 87%-97% de los casos. Existen dos tipos de intervención, percutánea o abierta, presentando ambas similar tasa de éxito a largo plazo, aunque a corto plazo con menor duración del dolor postoperatorio y mayor rapidez en la recuperación de función motora tras técnica percutánea (Huisstede BM, 2010).

Las complicaciones son raras pero puede ocurrir una lesión nerviosa, infección, cicatrices, debilidad, contracturas musculares, hematoma o persistencia del dolor. La reincorporación laboral tras la cirugía puede hacerse entre 14-28 días, dependiendo del tipo de trabajo (Work Loss Data Institute, 2007).

Algoritmo de tratamiento del dedo en gatillo



Algoritmo de tratamiento del dedo en gatillo

Bibliografía

- Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN, Burke FD. Management and referral for trigger finger/thumb. BMJ. 2005;331(7507):30-3. PubMed [PMID: 15994689](#). [Texto completo](#)
- Akhtar S, Burke FD. Study to outline the efficacy and illustrate techniques for steroid injection for trigger finger and thumb. Postgrad Med J. 2006;82(973):763-6. PubMed [PMID: 17099099](#). [Texto completo](#)
- Anderson B, Kaye S. Treatment of flexor tenosynovitis of the hand ('trigger finger') with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. Arch Intern Med. 1991;151(1):153-6. PubMed [PMID: 1985590](#)
- Baumgarten KM, Gerlach D, Boyer MI. Corticosteroid injection in diabetic patients with trigger finger. A prospective, randomized, controlled double-blinded study. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(12):2604-11. PubMed [PMID: 18056491](#)
- Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. J Hand Surg Am. 1997;22(1):138-44. PubMed [PMID: 9018627](#)
- Chambers RG Jr. Corticosteroid injections for trigger finger. Am Fam Physician. 2009;80(5):454. PubMed [PMID: 19725485](#)
- Crop JA, Bunt CW. "Doctor, my thumb hurts". J Fam Pract. 2011;60(6):329-32. PubMed [PMID: 21647468](#). [Texto completo](#)
- Huisstede BM, van Middelkoop M, Randsdorp MS, Glerum S, Koes BW. Effectiveness of interventions of specific complaints of the arm, neck, and/or shoulder: 3 musculoskeletal disorders of the hand. An update. Arch Phys Med Rehabil. 2010;91(2):298-314. PubMed [PMID: 20159137](#). [Texto completo](#)
- Nimigan AS, Ross DC, Gan BS. Steroid injections in the management of trigger fingers. Am J Phys Med Rehabil. 2006;85(1):36-43. PubMed [PMID: 16357547](#)
- Peters-Veluthamaningal C, van der Windt DA, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for trigger finger in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD005617. PubMed [PMID: 19160256](#). [Texto completo](#)
- Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH, Jong BM. Corticosteroid injections effective for trigger finger in adults in general practice: a double-blinded randomised placebo controlled trial. Ann Rheum Dis. 2008;67(9):1262-6. PubMed [PMID: 18180279](#)
- Tallia AF, Cardone DA. Diagnostic and therapeutic injection of the wrist and hand region. Am Fam Physician. 2003;67(4):745-50. PubMed [PMID: 12613728](#)
- Wang J, Zhao JG, Liang CC. Percutaneous release, open surgery, or corticosteroid injection, which is the best treatment method for trigger digits? Clin Orthop Relat Res. 2013;471(6):1879-86. PubMed [PMID: 23208122](#)
- Work Loss Data Institute. Forearm, wrist, & hand (acute & chronic), not including carpal tunnel syndrome [Internet]. Encinitas (CA): Work Loss Data Institute; 2013. [acceso 21/5/2014]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47580>

Más en la red

- Chambers RG Jr. Corticosteroid injections for trigger finger. Am Fam Physician. 2009;80(5):454. PubMed [PMID: 19725485](#)
- Peters-Veluthamaningal C, van der Windt DA, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for trigger finger in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD005617. PubMed [PMID: 19160256](#). [Texto completo](#)

Autores

▪ Arturo Louro González

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

■ Victoria Sarmiento García Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Cambre-Carral. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

