

11211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL "LA RAZA"

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y
RECONSTRUCTIVA

EVALUACION DEL TRATAMIENTO PARA EL DEDO EN
GATILLO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES,
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTIVO

P R E S E N T A :

DR. CLAUDIA ASUNCION HERNANDEZ COLMENARES



IMSS

ASESOR: DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ

MEXICO, D. F.

2005

0350739



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo reespecial.

NOMBRE: Hernández Colina-
nara Claudia Asunción

FECHA: 21 - Nov - 2005

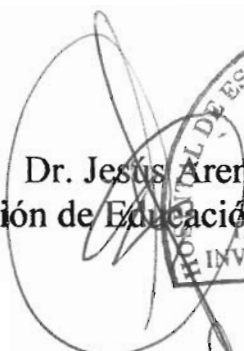
FIRMA: 

Quiero expresar mi agradecimiento a mis amigos por su amor y compañía durante esta larga travesía; por su apoyo incondicional en mis momentos de flaqueza.

A mis maestros que han contribuido con su tiempo y experiencia para mi formación, en los cuales afortunadamente e encontrado también grandes amigos.

A mi madre y hermanos que han sido fuente inagotable de amor y esperanza y que me han dado la fortaleza para seguir adelante.

Agradezco a la vida por brindarme una nueva oportunidad.


Dr. Jesús Arenas Osuna

Jefe de la División de Educación e Investigación en Salud





Dr. Pedro Grajeda López

Titular del curso de Especialistas en Cirugía Plástica y Reconstructiva


Dra. Claudia Asunción Hernández Colmenares
Alumno

Número definitivo de protocolo


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**Evaluación del tratamiento para el dedo en gatillo en el
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional
“La Raza”**

INDICE

Resumen	página 4
Abstract	página 5
Introducción	página 6
Material y métodos	página 10
Resultados	página 11
Discusión	página 14
Bibliografía	página 15
Anexos	página 17

RESUMEN

“Evaluación del tratamiento para el dedo en gatillo en el Hospital de Especialidades de C.M.N. “La Raza”

Objetivo. Evaluar la eficacia del tratamiento en pacientes con diagnóstico de dedo en gatillo en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades C.M.N. “La Raza”.

Material y Métodos. Se revisaron expedientes de pacientes atendidos en el servicio con diagnóstico de dedo en gatillo en el período de Enero 2001 a Diciembre 2002.

Resultados. Se revisaron 63 expedientes con un total de 67 dedos afectados, 85.71% fueron mujeres, con tiempo de evolución de 12.1 meses. La mano derecha fue la mas afectada con 45 casos (67.16%), y el dedo más afectado fue el pulgar con 38 casos (56.71%). Once pacientes se trataron con inyección de esteroide con remisión en 54.5% de los casos; 56 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico con 94.64% de éxito.

Conclusiones. La tasa de éxito del tratamiento médico fue significativamente menor a lo reportado en la literatura y se consideró como factor determinante un mayor tiempo de evolución; la tasa de éxito del tratamiento quirúrgico fue semejante a lo reportado en otras series. La incidencia con relación a distribución por sexo, mano dominante, dedo más frecuentemente afectado y enfermedades relacionadas es igual a la reportada en la literatura.

Palabras clave: dedo en gatillo, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Evaluation of the treatment for the trigger finger in “Hospital de Especialidades C.M.N. La Raza”.

Objetives: Evaluate the efficacy of the treatment in patients diagnosed with trigger finger in the department of Plastic and Reconstructive Surgery in “Hospital de Especialidades C.M.N. La Raza”.

Material and methods. Files of patients attendend in the department with diagnosis of trigger finger between January 2001 and December 2002 were reviewed.

Results. Sixty-three files were reviewed with a total of 67 affected fingers, 85.71% were females with an evolution time of 12.1 months. Right hand was the most affected with 45 cases (67.16%) and the most affected finger was the thumb with 38 cases (56.71%). Eleven patients were treated with esteroid injection with remition in 54.5% of cases; 56 patients were treated by surgery with a 94.64% successful rate.

Discussion. Medical treatment succesfull rate was significantly lower than the reported literature and the determinant factor was a longer evolution time; the surgical treatment successful rate was similar to the reported in other series. The incidence for gender distribution, dominant hand, most affected finger and related diseases is equal to the reported literature.

Key words: trigger finger, medical treatment, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

El dedo en gatillo o tenosinovitis estenosante fue descrita por primera vez por Notta en 1850 como un desorden inflamatorio que involucra el aparato flexor tendinoso de los dedos, es frecuentemente localizado en el área de la polea A1, que es donde los tendones están sujetos a gran fricción y tensión.(1)

Aunque la etiología de la tenosinovitis estenosante es desconocida, algunas enfermedades o eventos traumáticos han sido asociados a esta enfermedad, tales como diabetes mellitus, artritis reumatoide, síndrome de túnel del carpo, enfermedad de Quervain e hipotiroidismo, cada condición es más frecuente en mujeres que en hombres. El trauma repetitivo tiene un rol en la etiología por el incremento de la incidencia de esta alteración en la mano dominante.(2) Estudios recientes han demostrado que el aumento de las fuerzas compresivas sobre el tejido conectivo de la polea A1 ocasiona metaplasia fibrocartilaginosa, incluyendo aumento de la matriz de glicosaminoglucanos, condrocitos y colágeno tipo III, este engrosamiento ocasiona una desproporción en el tamaño del tendón flexor y la polea a nivel de la cabeza metacarpal.(2,3)

El dedo en gatillo tiene una incidencia reportada del 2.6% en la población en general, es más frecuente en mujeres con una frecuencia de 2 a 6 veces más que en hombres; puede involucrar cualquier dedo, pero es más frecuente en el

pulgar, seguido del dedo medio, anular, meñique y dedo índice(4,5), es una de las condiciones más comunes encontradas en la práctica de la cirugía de mano y es caracterizada por dolor, chasquido o estallido del tendón flexor involucrado cuando el paciente extiende o flexiona el dedo; en ocasiones el dedo puede quedar fijo en flexión y requerir manipulación pasiva para lograr la extensión completa.(6)

Se han descrito varias opciones para el tratamiento del dedo en gatillo, entre ellas el masaje y terapia física, que aunque es clínicamente atractiva, tiene tasas de éxito muy bajas. La inmovilización con férula de uno o dos dedos ha demostrado su valor limitado con un éxito de solo el 66% con inmovilización de 6 a 9 semanas en pacientes con menos de 6 meses de evolución y 44% si tiene más de 6 meses, lo que prolonga innecesariamente la terapia. Cuando están involucrados dos o más dedos ambos tratamientos tienen pobre respuesta.(7)

Otra forma conservadora de tratamiento es la inyección de esteroide a nivel de la polea A1, este es atractivo por su simplicidad que puede ser aplicado en consultorio, su baja morbilidad y costo. Con este tratamiento se reportan tasas de éxito de 67 a 90% después de múltiples inyecciones.

La inyección con esteroide parece tener más éxito en estados semiagudos, así también es mejor cuando el cuadro clínico tiene 2 meses de evolución que cuando están sintomáticos por 6 meses o más (90% vs 55%), si tiene más de un año de

evolución la tasa de éxito puede ser tan baja como del 14%.(8)

La relativa resistencia de la tenosinovitis de larga evolución a la inyección de esteroide, puede ser explicada por la ocurrencia de metaplasia fibrocartilaginosa dentro de la polea A1.

Un solo dedo en gatillo responde mejor con la inyección, que cuando están involucrados dos o más dedos.

Se ha mencionado que la eficacia de la administración de esteroide disminuye con cada inyección subsecuente, 49% en la primera inyección, 23% después de la segunda y 5% después de la tercera.(9)

Los pacientes con diabetes mellitus responden menos que otros pacientes a la terapia con esteroide, la razón de esto es todavía desconocida, las posibilidades incluyen retraso en el tratamiento, respuesta celular anormal o debido a un lecho microvascular anormal con respuesta fibroblástica secundaria.(4)

La liberación quirúrgica de la polea A1 es altamente efectiva (96-98%) y usualmente produce resolución permanente de el problema del dedo en gatillo, con mínima morbilidad y recurrencia, además de un costo menor a la década anterior, debido a que los pacientes se manejan en forma ambulatoria(10). Aunque se han reconocido como complicaciones del procedimiento la lesión del nervio digital, infección de la herida, alteraciones en la cicatrización y recurrencia, el porcentaje de presentación es bajo y aún menor con el desarrollo de técnicas alternativas de

tratamiento como la liberación percutánea de la polea A1. Se ha mencionado que la transección de la polea A1 sola, tiene mínimos efectos sobre la biomecánica del tendón flexor (11). Es tradicionalmente reservado para aquellos pacientes en el que han fallado las medidas conservadoras, en aquellos que tienen tiempo de evolución mayor a 6 meses y es el tratamiento inicial de elección en pacientes con grado avanzado de dedo en gatillo.(12)

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México, D.F., en el periodo comprendido entre enero de 2001-diciembre de 2002.

Se consultaron los archivos del departamento para identificar a los pacientes atendidos con el diagnóstico de dedo en gatillo y el tratamiento recibido.

Se realizó la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes en el archivo clínico del hospital y se seleccionaron aquellos que contaran con historia clínica completa que incluya los siguientes datos de la exploración física: rango de movimiento de los dedos, presencia de chasquido, dolor, tiempo de evolución del padecimiento; notas referentes al tratamiento médico, nota quirúrgica, de evolución y enfermedades asociadas.

El estudio fue de tipo descriptivo.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se atendieron un total de 63 pacientes con diagnóstico de dedo en gatillo.

De estos 63 pacientes, 54 (85.71%) fueron del sexo femenino, con una media de edad de 48.8 años (32-69años), y 9 (14.29%) del sexo masculino, con una media de edad de 45.2 años (30-60años).

Un paciente presentó afectación en 3 dedos y dos pacientes en 2 dedos, por lo que el total de dedos fue de 67. El dedo más involucrado en ambas manos fue el pulgar con 38 casos (56.7%), seguido del dedo medio en 16 casos (23.88%), dedo anular 8 casos (11.34%), dedo índice 4 casos (5.97%), dedo meñique 1 caso (1.49%).

La mano derecha fue la más afectada en 45 pacientes (67.16%) y la mano izquierda en 22 (32.84%).

El grado de afectación de acuerdo a la clasificación de Green (Tabla 1) tuvo la siguientes distribución: grado I, 0 casos; grado II, 26 (38.8%), grado III, 38 casos (56.71%), grado IV, 3 (4.47%).

El tiempo de evolución desde la aparición de los primeros síntomas hasta el momento de recibir el tratamiento fue en promedio de 12.1 meses (8-15 meses).

Los pacientes recibieron tratamiento médico, quirúrgico o ambos. Once pacientes (16.41%) fueron manejados con tratamiento médico mediante inyección de corticoesteroide en el tendón flexor a nivel de la cabeza del metacarpiano del dedo afectado, 7 pacientes por 2 sesiones con intervalo de 2 semanas y 4 pacientes recibieron 3 sesiones; todos presentaban grado II de afección. Dos de estos pacientes persistieron con los síntomas y 3 tuvieron recurrencia después de un periodo de 4 meses libres de síntomas, todos ellos se sometieron a manejo quirúrgico posterior. Los 6 restantes (54.5%) refirieron remisión completa de los síntomas.

Cincuenta y seis pacientes (83.58%) fueron sometidos al tratamiento quirúrgico; 15 con grado II, 38 grado III y 3 grado IV.

El procedimiento fue desarrollado bajo anestesia local con lidocaína simple al 2% e isquemia de la mano con venda de Esmarch, mediante una incisión transversa de aproximadamente 1cm. sobre la articulación metacarpo-falángica del dedo afectado. La apertura de la polea A1 se realizó con tijera en 47 casos y con bisturí en 9; en 22 pacientes en forma adicional se resecaron los bordes de la polea, aproximadamente 2mm; el cierre se realizó en un solo plano de sutura (cutáneo) con puntos simples de nylon 3-0 ó

4-0; el retiro de los puntos fue entre los 5 a 7 días posteriores.

Todos los pacientes se manejaron como cirugía ambulatoria.

Del total de pacientes manejados con cirugía 53 (94.64%) refirieron desaparición total de los síntomas y mostraron adecuada incursión del tendón. Dos pacientes (3.57%) refirieron continuar con dolor de muy baja intensidad, que no interfiere en sus actividades cotidianas. Un paciente (1.78%) tuvo resultado inicial satisfactorio, pero presentó recurrencia de los síntomas 8 meses después de la cirugía primaria; cabe destacar que este paciente era portador de diabetes mellitus 2.

Quince pacientes (22.38%) estuvieron asociados a otras condiciones médicas, 8 con diabetes mellitus 2, 5 con artritis reumatoide y 2 con síndrome de túnel del carpo.

No se reportaron complicaciones relacionadas con el procedimiento. El tiempo necesario para retornar a sus actividades cotidianas fue de 7-10 días.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados reportados en este estudio, la terapia con inyección de esteroide fue utilizada con poca frecuencia como tratamiento de elección para el dedo en gatillo (16.4%), debido a que los pacientes se presentaban con un tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 6 meses; lo que se refleja con la baja tasa de éxito obtenida (54.5%) comparada con la reportada en la literatura (67-90%).

Los resultados del grupo tratado quirúrgicamente sugieren que la liberación de la polea A1 es realmente exitosa, ya que de los 56 pacientes manejados con cirugía solo uno presentó recurrencia de la patología(1.78%); es de importancia mencionar que este paciente es portador de diabetes mellitus. En relación a la incidencia de presentación en cuanto a sexo, mano afectada, dedo más frecuentemente afectado y enfermedades relacionadas, es igual a la reportada en artículos previos relacionados al tema.

Se concluye que la terapia con inyección de esteroide se reserva para aquellos pacientes con grados iniciales de la enfermedad y con tiempo de evolución menor a 6 meses. La liberación de la polea A1 es el tratamiento de elección para pacientes con grados avanzados de la enfermedad o para los que cursan con más de 6 meses de evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger. *J Hand Surg* 1997; 22A: 145-149.
2. Lin TY, et al. Anatomy of human digital flexor pulley system. *J Hand Surg* 1989; 14A: 949-956.
3. Sampson SP, Badalamente MA, Hurst LC, Seidman J. Pathobiology of the human A1 pulley in trigger finger. *J Hand Surg* 1991; 16A: 714-721.
4. Griggs SM, et al. Treatment of trigger finger in patients with diabetes mellitus. *J Hand Surg* 1995; 20A: 787-789.
5. Hoffman LA, Mackenzie DJ, Schwartz MH: Common inflammatory disorders of the upper limb. In Aston SJ (ed): *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 5th Ed. Lippincott-Raven Publishers, 1997.
6. Wolfe SW: Tenosynovitis. In Green DP (ed): *Operative Hand Surgery*. 4th Ed. Churchill Livingstone, 1999.
7. Patel MR, Bassini L. Trigger finger and thumb: When to splint, inject, or operate. *J Hand Surg* 1992; 17A: 110-113.

8. Newport ML, Lane LB, Stuchin SA. Treatment of trigger finger by steroid injection. *J Hand Surg* 1990; 15A: 748-750.
9. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg* 1997; 22A: 138-144.
10. Patel MR, Moradia VJ. Percutaneous release of trigger digit with and without cortisone injection. *J Hand Surg* 1997; 22A: 150-155.
11. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: An office procedure. *J Hand Surg* 1992; 17A: 114-117.
12. Cihantimur B, Akin S, Özcan M. Percutaneous treatment of trigger finger. *Acta Orthop Scand* 1998; 69(2):167-168.

ANEXOS

TABLA 1

CLASIFICACION DE GREEN PARA EL DEDO EN GATILLO

GRADO	DESCRIPCION
I	DOLOR, HISTORIA DE CHASQUIDO PERO NO DEMOSTRABLE EN EL EXAMEN FÍSICO; INFLAMACIÓN SOBRE LA POLEA A1.
II ACTIVO	CHASQUIDO DEMOSTRABLE PERO EL PACIENTE PUEDE EXTENDER ACTIVAMENTE EL DEDO
III PASIVO	CHASQUIDO DEMOSTRABLE QUE REQUIERE DE EXTENSIÓN PASIVA O INCAPACIDAD PARA FLEXION ACTIVA
IV CONTRACTURA	CHASQUIDO DEMOSTRABLE CON CONTRACTURA EN FLEXION DE LA ARTICULACIÓN INTERFALANGICA PROXIMAL

De Tenosynovitis. En Green DP (ed): Operative Hand Surgery. 4th Ed. Churchill Livingstone, 1999.