



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**"INCIDENCIA DE LA TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE LOS DEDOS DE LA MANO EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DR.
MANUEL GEA GONZÁLEZ 2018-2023"**

TÉSIS:

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DR. OSCAR CARLOS ALANÍS RODRÍGUEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. ARMANDO GUILLERMO APELLANIZ CAMPO

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

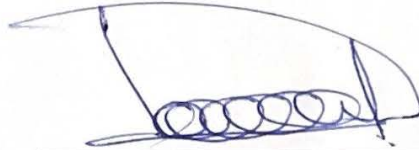
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

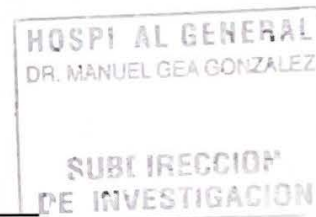
AUTORIZACIONES



Dra. Lorena Hernández Delgado
Directora de la Dirección de Enseñanza e Investigación



Dra. Rosa Patricia Vidal Vázquez
Subdirectora de Investigación Biomédica



Dr. Armando Apellaniz Campo
Asesor de tesis y
Profesor Titular de la Especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Este trabajo de tesis con número de registro: **05-91-2023** presentado por el Dr. Oscar Carlos Alanís Rodríguez y se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Dr. Armando Apellaniz Campo con fecha septiembre 2023 para su impresión final.



Dra. Rosa Patricia Vidal Vázquez
Subdirectora de Investigación Biomédica



Dr. Armando Apellaniz Campo
Investigador Principal

**“INCIDENCIA DE LA TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE LOS DEDOS DE LA MANO EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DR.
MANUEL GEA GONZÁLEZ 2018-2023”**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva bajo la dirección del Dr. Armando Apellaniz Campo con el apoyo de adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

COLABORADORES:



Dr. Armando Apellaniz Campo

Investigador Principal



Dr. Oscar Carlos Alanís Rodríguez

Investigador Asociado Principal

AGRADECIMIENTOS

Dedico la presente tesis principalmente a mi familia, maestros y compañeros que directa o indirectamente me brindaron su apoyo.

Sin olvidar también agradecer al Hospital General Dr. Manuel Gea González y todo su personal operativo y administrativo que son el engranaje que permite el funcionamiento de esta gran institución.

ÍNDICE

▪ RESUMEN	7
▪ INTRODUCCION	8
▪ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
▪ MATERIALES Y METODOS	14
▪ RESULTADOS	16
▪ DISCUSION	19
▪ CONCLUSION	20
▪ REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	21
▪ ANEXO	24

RESUMEN

Mundialmente la tenosinovitis esclerosante o dedo en gatillo es una de las principales patologías diagnosticadas por los cirujanos plásticos o de mano, esto hace que sea uno de los motivos de consulta más frecuente en la clínica de mano del servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital general Dr. Manuel Gea González.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la incidencia de los pacientes con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital general Dr. Manuel Gea González 2018-2023.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, se tomó la población de los expedientes de pacientes diagnosticados con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano en el hospital general Dr. Manuel Gea González de enero 2018 a mayo 2023. Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

RESULTADOS: Se obtuvo un total de 151 registros de las 3400 consultas en la clínica de mano durante el periodo del estudio, incidencia del 4.4%, 97 (64%) fueron mujeres y 54 (36%) hombres, con una edad promedio de 49 años \pm 15.35. El tiempo de evolución reportado fue de 13.1 \pm 5.13 meses, las ocupaciones más frecuentes registradas fueron la de hogar 77 (50.9%) y oficinista 23 (15.2%), 15 pacientes (9.9%) reportaron ser diabéticos y 22 (14.5%) hipertensos. La totalidad de pacientes se sometieron a liberación quirúrgica de la polea A1, de los cuales 4 (2.6%) presentaron complicación y 3 (1.9%) presentaron recidiva, tasa de éxito aproximada del 98%. El dedo más afectado fue el 1er dedo derecho 31 (20.5%), seguido del 1er dedo izquierdo 25 (16.5%).

CONCLUSIÓN: La tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano es una de las consultas de mano más frecuentes en el mundo y en nuestro centro, los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes atendidos en un periodo de 5 años, concordaron con la literatura mundial, se reportó un incidencia ligeramente mayor a la reportada en la literatura, probablemente adjudicada al alto porcentaje de diabetes mellitus en la población mexicana y a que somos un centro de referencia nacional en este tipo de padecimientos. La tasa de éxito en el tratamiento quirúrgico también fue equiparable con la literatura.

Palabras clave: dedo en gatillo; tenosinovitis estenosante; tendinopatías.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Descrita por primera vez en 1850 por Notta la tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano o mejor conocida como dedo en gatillo es una de las principales causas de incapacidad laboral y dolor en la mano a nivel mundial.(1) Esta patología es comúnmente diagnosticada por los cirujanos plásticos o cirujanos de mano con una prevalencia superior al 3% en la población general; sin embargo, esta estimación aumenta entre un 5% y un 20% en la población con diagnóstico de diabetes mellitus, aunque aún se desconoce su verdadera causa.(2) En la última década la tenosinovitis estenosante ha tenido un aumento de hasta un 97% en su incidencia comparada con otras patologías de mano, incrementándose un 6.5% anual en promedio. (3)

Anatomía

En la mano el sistema flexor de los dedos se compone de un complejo sistema de vainas fibrosas por los cuales discurren cada uno de los tendones de los dedos, este sistema este destinado a optimizar el balance entre las fuerzas mecánicas y el movimiento del tendón para mantenerlo en su sitio al momento de mover las diferentes articulaciones de los dedos.(4) En los dedos trifalángicos esta sistema de poleas se extiende desde la cabeza de los metacarpianos hasta la base de las falanges distales, estas se describen de acuerdo a su función y aspecto siendo 5 poleas anulares denominadas A1, A2, A3, A4 y A5, las cuales son gruesas y actúan evitando la producción de luxación palmar de los tendones flexores o también conocida como "cuerda de arco", y 3 poleas cruciformes denominadas C1, C2 y C3, las cuales son más finas y cuya función es permitir la aproximación de las poleas anulares entre si al momento de la flexión. A diferencia de los dedos trifalángicos, el pulgar o primer dedo de la mano este sistema de poleas está formado por 3, siendo 2 poleas anulares (A1 y A2), y 1 polea oblicua. Es importante recalcar que las poleas que brindan mayor estabilidad al sistema flexor son la polea A2 y A4 en el caso de los dedos trifalángicos y la polea oblicua en al caso del pulgar, por lo que la liberación quirúrgica de la polea A1 como tratamiento quirúrgico de la tenosinovitis estenosante no supone un riesgo para la estabilidad y fuerzas mecánicas del sistema flexor de los dedos.(5)

Fisiopatología

En la tenosinovitis esclerosante de los dedos de la mano existe un "atrapamiento tendinoso" este se debe al roce mecánico de los tendones flexores de los dedos al pasar a través de la polea anular A1 la cual se encuentra estrechada a la altura de la cabeza del metacarpiano.(6) Dentro de los cambios anatomopatológicos de la polea existe una hipertrofia marcada en la exploración macroscópica, al examen microscópico se puede encontrar infiltración de linfocitos y plasmocitos, así como condrocitos en la cara más interna de la polea donde existen mayores fuerzas de fricción, también se pueden observar fibras de colágeno tipo III en las poleas engrosadas lo cual nos indica una metaplasia fibrocartilaginosa debido a la constante influencia de las fuerzas de fricción repetitivas.(7)

Epidemiología

El dedo en gatillo es más común en mujeres que en hombres aproximadamente en una proporción de 3 :1 y tiende a ocurrir con mayor frecuencia en personas durante la quinta o sexta década de la vida.(8) La mano dominante es la que resulta con mayor afección y puede afectar un dedo o varios dedos a la vez, se estima que en un 10 a 15% de los casos la afección es de manera bilateral. El primer dedo o pulgar es el dedo afectado con mayor frecuencia, seguido del dedo cuarto dedo (anular), el tercer dedo (medio), el segundo dedo (índice) y el quinto dedo (meñique). (9)

La diabetes mellitus ha sido identificada como el principal factor de riesgo para desarrollar tenosinovitis esclerosante de los dedos de la mano y también está asociado con la duración de la afección.(10) Esta patología también puede estar relacionada con las condiciones de trabajo o un entorno de trabajo que implique un agarre forzado prolongado y movimientos repetitivos de los dedos. Ocupaciones como trabajadores de la salud, trabajadores manuales, oficinistas, amas de casa y músicos tienen un mayor riesgo de desarrollar el dedo en gatillo.(11) En la población pediátrica se presentan menos casos que en los adultos, la tenosinovitis esclerosante pediátrica es una condición rara que afecta a niños de entre 1 a 4 años, con una tasa de incidencia estimada de 0,05% a 0,3% y sin una clara preponderancia en ninguno de los sexos. Afecta casi siempre al pulgar (alrededor del 90%) y puede ser bilateral sin que los dedos se vean afectados simultáneamente.(12)

Etiología

La etiología de la tenosinovitis estenosante no se comprende completamente, pero generalmente se considera que es una condición degenerativa de varios elementos anatómicos, como resultado del envejecimiento, el uso diario crónico y trastornos metabólicos coexistentes.(13) La etiología de la tenosinovitis estenosante pediátrica sigue siendo motivo de controversia y se han propuesto muchas causas como trastornos genéticos, anomalías anatómicas de los tendones, trastornos metabólicos, etiologías inflamatorias e infecciosas. (14)

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico del dedo en gatillo se basa principalmente en una historia clínica y examen físico detallados. En la exploración se provoca el bloqueo del dedo afectado mediante la flexión y extensión de este con un posterior chasquido doloroso de liberación cuando el tendón afectado discurre más allá de la polea estenosada. Los signos y síntomas del dedo en el gatillo pueden progresar de leve a grave. El signo de presentación más común en pacientes con dedo en gatillo es sensibilidad o dolor en la polea A1. Los posibles síntomas adicionales son inflamación de la articulación metacarpofalángica especialmente por la mañana, un nódulo tendinoso doloroso palpable (nódulo de Notta) y agarre incómodo o doloroso con evitación del movimiento de los dedos. (15)

El dedo en gatillo es un problema común en adultos con muchos algoritmos de tratamiento aceptables. Los pacientes pueden manejarse inicialmente con medidas conservadoras que incluyen la modificación de las actividades junto con métodos no invasivos. Para su mejor estudio el dedo en gatillo se clasifica en diferentes grados de acuerdo con su presentación clínica:

Grado I Pre-atrapamiento, existe historia de dolor y atrapamiento, pero no es demostrable durante la exploración física, dolor con la palpación sobre A1.

Grado II Activo, Atrapamiento demostrable en la exploración, el paciente logra extender activamente el dedo afectado.

Grado III Pasivo, Atrapamiento demostrable en la exploración, el paciente requiere extender pasivamente el dedo afectado.

Grado IV Contractura, Atrapamiento y contractura en flexión de la articulación interfalángica proximal.(16)

Las férulas articulares pueden considerarse como una primera opción de tratamiento no invasivo para el dedo en gatillo, con resultados positivos que oscilan entre 50% y 93%, se cree ampliamente que los grados I y II se pueden manejar con férulas (con o sin esteroides locales) que involucran la inmovilización de la articulación interfalángica distal o la articulación metacarpofalángica (MP), siendo esta última más eficiente en el alivio de los síntomas, el objetivo de la férula digital es el de inmovilizar la articulación metatarsfalángica en una flexión de 10 a 15 grados por 6 a 8 semanas.(17) Alternativamente, la inyección de corticosteroides directamente en la vaina flexora distal a la polea A1 a menudo se recomienda como una intervención efectiva de primera línea para debido a su baja morbilidad, es un método seguro, poco doloroso, fácil de administrar y de bajo costo, su eficacia varía del 67% al 90%. Existen diferentes técnicas para realizar la inyección de corticoesteroides en la vaina flexora, siendo el método tradicional la inyección directa de 0.5ml de anestésico local como lidocaína o bupivacaina junto con 0.5ml de metilprednisolona (40mg/ml) directamente sobre la cabeza del metacarpiano, realizando un ligero movimiento de flexión extensión del dedo para asegurarse que no se encuentra dentro del tendón ya que es bien conocido el efecto de degradación de las fibras de colágeno por los corticoesteroides lo cual pudiera llevar en un porcentaje pequeño de los procedimientos a ruptura tendinosa del dedo intervenido.(18) Parece que las inyecciones de esteroides son la opción de tratamiento más sencilla y práctica para el manejo del tratamiento inicial. Se puede agregar el uso de antiinflamatorios no esteroideos y terapia con hielo a un régimen de tratamiento inicial para reducir la inflamación y controlar el dolor en la palma de la mano, además de acompañarse de la "regla de los 3".

1-Reposo del dedo por 3 días.

2-Evitar carga o cierre forzado de la mano por 3 semanas.

3-Si no existe mejoría de la sintomatología, repetir la inyección en 3 meses.(19)

El tratamiento quirúrgico se recomienda en los casos en los que el tratamiento con férulas y/o inyección de esteroides ha fracasado o cuando los pacientes continúan siendo sintomáticos y presentan un dedo en gatillo irreductible. La liberación percutánea del dedo en gatillo fue descrita por primera vez por Lorthioir en 1958, es relativamente sencilla y consiste en una tenotomía percutánea bajo anestesia local con tasas de éxito que varían del 73,8 % al 100 %, aunque las complicaciones son raras, la naturaleza ciega de esta técnica puede conducir

a una liberación incompleta, abrasiones tendinosas superficiales y daño neurovascular. La técnica percutánea se realiza bajo anestesia local mediante una punción directa sobre la polea A1 con una aguja de calibre 20G, con la cual se realiza la tenotomía de la polea A1 sintiendo la ruptura de esta por su naturaleza fibrosa, sin embargo, una de las principales desventajas de esta técnica es una curva de aprendizaje extensa ya que en los primeros casos esta debe combinarse con la liberación abierta para así comprobar la correcta liberación completa de la polea A1.(20) La liberación abierta del dedo en gatillo se realiza bajo anestesia local realizando una incisión sobre la polea A1 sintiendo como referencia la cabeza del metacarpiano del dedo afectado, una vez disecado el espacio subcutáneo mediante visión directa se corta y libera la polea A1 observando como discurren los tendones flexores sin atrapamiento, posteriormente se realiza el cierre de la herida con puntos de sutura no absorbible los cuales son retirados en 10 a 14 días, este método permanece como el "estándar de oro" del tratamiento del dedo en gatillo sintomático, con tasas de éxito cercanas al 100%. Sin embargo, como con cualquier procedimiento quirúrgico abierto, las tasas de complicaciones pueden ser mayor que con el tratamiento conservador o percutáneo.(21) Las complicaciones generales informadas fueron dolor a la palpación de la cicatriz, disestesia, infección superficial, o en un número muy reducido de casos complicaciones más severas como rigidez articular y fístula sinovial.(22) Las recidivas están descritas en aproximadamente un 3% de los pacientes , siendo los principales factores de riesgo independientes la inyección de más de 3 dosis de esteroide o las ocupaciones con trabajo manual.(23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano supone una de las principales causas de incapacidad laboral y de dolor en la mano en pacientes adultos. Esto se traduce en una carga psicosocial en los pacientes ya que si se sigue el transcurso natural de la enfermedad llega a ser incapacitante tanto funcionalmente como por el dolor crónico.(24) Actualmente son pocos los estudios enfocados en determinar la incidencia y/o factores asociados en una población general y debido a la variabilidad de tratamientos es necesario conocer el comportamiento de la enfermedad en nuestra población. (25)

Justificación

Mundialmente la tenosinovitis esclerosante o dedo en gatillo es una de las principales patologías diagnosticadas por los cirujanos plásticos o de mano, esto hace que sea uno de los motivos de consulta más frecuente en la clínica de mano del servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital general Dr. Manuel Gea González, al ser un centro de referencia nacional el conocimiento de la incidencia, datos epidemiológicos, así como el manejo de nuestros pacientes nos ayudarán a comprender mejor el comportamiento de esta patología brindando información específica de nuestra población mexicana que ayude a una atención oportuna que mejore la calidad de vida de nuestros pacientes.

Hipótesis

No aplica

Objetivo general

Determinar la incidencia de los pacientes con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital general Dr. Manuel Gea González 2018-2023.

Objetivos específicos

1. Determinar cuál es el dedo del mano más afectado de tenosinovitis estenosante.
2. Conocer las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano.
3. Describir complicaciones en el periodo postoperatorio de la liberación de polea A1.

4. Conocer la ocupación más frecuente en los pacientes con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano.
5. Determinar el grupo etario con mayor frecuencia de diagnóstico de tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano.
6. Identificar el sexo en que se tiene mayor tendencia de diagnóstico de tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional, Descriptivo, Retrospectivo, Transversal.

Universo de estudio

Expedientes de pacientes del servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital general Dr. Manuel Gea González de enero 2018 a mayo 2023.

Población de estudio

Expedientes de pacientes diagnosticados con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano en el hospital general Dr. Manuel Gea González de enero 2018 a mayo 2023.

Tamaño de muestra

El tamaño de muestra será por Conveniencia, se incluirán todos los expedientes de los pacientes diagnosticados con tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano en el hospital general Dr. Manuel Gea González de enero 2018 a mayo 2023. Con un aproximado de 250 expedientes.

Tipo de muestreo

No probabilístico, Por Conveniencia.

Criterios de inclusión

1. Expedientes completos de pacientes con diagnóstico de Tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano del 2018 al 2023.
2. Edad indistinta.
3. Sexo indistinto.

Criterios de exclusión.

1. Expedientes sin seguimiento completo.
2. Expedientes de pacientes con otras patologías de la mano al momento del diagnóstico.

Variables.

Comorbilidades - Cualitativa nominal politómica (diabetes, hipertensión, obesidad, etc)

Dedo afectado - Cualitativa nominal politómica (primero, segundo, tercero, cuarto, quinto)

Complicación - Cualitativa nominal dicotómica (sí, no)

Recidiva - Cualitativa nominal dicotómica (sí, no)

Ocupación - Cualitativa nominal politómica (hogar, obrero, oficinista, etc)

Tiempo de evolución - Cuantitativa discreta (meses, años cumplidos)

Cirujano principal - Cualitativa nominal politómica (Residente 1er año, Residente 2do año, Residente 3er año, etc)

Tratamiento no quirúrgico - Cualitativa nominal dicotómica (férula, inyección de esteroide)

Edad - Cuantitativa discreta (años cumplidos)

Sexo - Cualitativa nominal dicotómica (hombre, mujer)

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 182 registros de las 3400 consultas en la clínica de mano durante el periodo del estudio de los cuales 151 cumplían con los criterios de selección, lo cual nos da una incidencia del 4.4% o 44 de cada 1000 pacientes. De los 151 registros 97 (64%) fueron mujeres y 54 (36%) hombres (fig. 1), con una edad promedio de 49 años \pm 15.35.(fig. 2).

El tiempo de evolución reportado desde el inicio de los síntomas hasta la atención médica fue de 13.1 \pm 5.13 meses, con un máximo de 28 meses y un mínimo de 4 meses. Se encontró que las ocupaciones más frecuentes registradas fueron la de hogar 77 (50.9%), oficinista 23 (15.2%), obrero 18 (11.9%), comerciante 13 (8.6%) y otras 20 (13.2%) (Fig. 3).



Fig. 1 Distribución por sexo

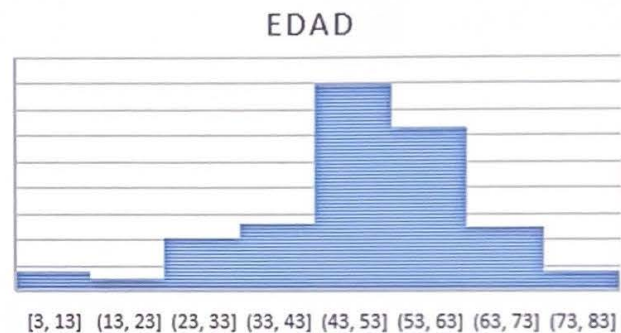


Fig. 2 Distribución por grupos de edad

De los 151 expedientes revisados solo 4 (2.6%) recibieron un tratamiento no quirúrgico previo a la cirugía de liberación.



Fig. 3 Ocupaciones de los pacientes

Entre las comorbilidades 15 pacientes (9.9%) reportaron ser diabéticos, 22 (14.5%) hipertensos y 4 (2.6%) reportaron concomitancia de diabetes e hipertensión u otras comorbilidades previas.

La totalidad de pacientes se sometieron a liberación quirúrgica de la polea A1, de los cuales 4 pacientes (2.6%) reportaron una complicación siendo infección del sitio quirúrgico la única reportada, 3 pacientes (1.9%) presentaron reaparición de los síntomas considerados como recidiva de la enfermedad, teniendo una tasa de éxito aproximada del 98%.

El dedo más afectado fue el 1er dedo derecho 31 (20.5%), seguido del 1er dedo izquierdo 25 (16.5%), 3er dedo derecho 18 (11.9%), 4to dedo derecho 13 (8.6%) y 3er dedo izquierdo 12 (7.9%) (fig. 4).

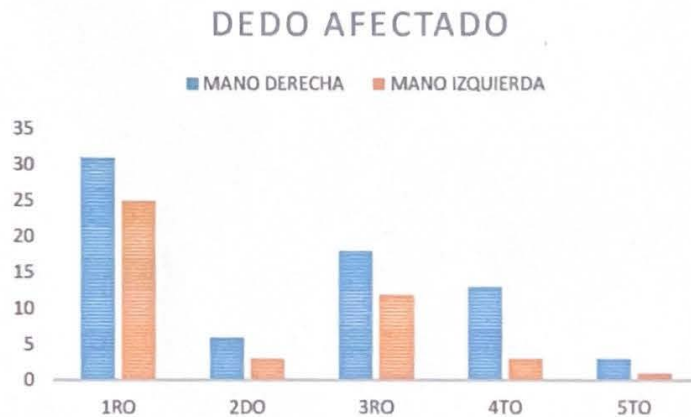


Fig. 4 Distribución por dedos de la mano afectados

El cirujano principal del procedimiento fueron los residentes de 2do año con 92 (60.9%) de los casos, seguido de los residentes de 1er año con 52 (34.4%), 3er año con 5 (3.3%) y 4to año con 2 (1.3%).

En la tabla 1 se resumen las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados.

CARACTERÍSTICA	GLOBAL
EDAD (AÑOS)	49 ± 15.35
SEXO	
MUJER	97 (64%)
HOMBRE	54 (36%)
OCUPACIÓN	
HOGAR	77 (50.9%)
OFICINA	23 (15.2%)
OBRERO	18 (11.9%)
COMERCIANTE	13 (8.6%)
OTROS	20 (13.2%)
COMORBILIDADES	41 (27.1%)
DIABETES MELLITUS	15 (9.9%)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	22 (14.5%)
OTRA	4 (2.6%)
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (MESES)	13 ± 5.13
DEDO AFECTADO	
1ER DEDO DERECHO	31 (20.5%)
1ER DEDO IZQUIERDO	25 (16.5%)
2DO DEDO DERECHO	6 (3.9%)
2DO DEDO IZQUIERDO	3 (1.9%)
3ER DEDO DERECHO	18 (11.9%)
3ER DEDO IZQUIERDO	12 (7.9%)
4TO DEDO DERECHO	13 (8.6%)
4TO DEDO IZQUIERDO	3 (1.9%)
5TO DEDO DERECHO	3 (1.9%)
5TO DEDO IZQUIERDO	1 (0.6%)
TRATAMIENTO NO QUIRURGICO	4 (2.6%)
COMPLICACION	4 (2.6%)
RECIDIVA	3 (1.9%)
CIRUJANO	
RESIDENTE 1ER AÑO	52 (34.4%)
RESIDENTE 2DO AÑO	92 (60.9%)
RESIDENTE 3ER AÑO	5 (3.3%)
RESIDENTE 4TO AÑO	2 (1.3%)

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

DISCUSIÓN

La incidencia de la tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano en nuestro centro fue del 4.4% de los pacientes atendidos en la consulta de mano del departamento de cirugía plástica y reconstructiva, esto es ligeramente mayor a lo reportado por Junot et al, esto pudiera deberse a los mayores índices de diabetes mellitus en la población mexicana en comparación al resto del mundo.

La distribución del dedo en gatillo de acuerdo con el sexo, siendo del 64% en mujeres y del 36% en hombres, así como su pico entre la 5ta y 6ta décadas de la vida concuerdan con lo descrito en la literatura mundial.

Las ocupaciones mas comunes en nuestra población fueron el hogar 50.9%, trabajos de oficina 15.2% y obreros 11.9% todas ligadas a trabajos manuales, con uso de computadoras o dispositivos electrónicos y en ocasiones con movimientos repetitivos de la mano, concordando con el estudio demográfico de Vasiliadis et al.

El dedo mas afectado fue el 1er dedo derecho con 20.5%, seguido del 1er dedo izquierdo 16.5%, 3er dedo derecho 11.9% y 4to dedo derecho 8.6%, mostrando una predominancia por el lado derecho, el cual es el lado dominante en aproximadamente el 88% de la población mundial.

Dentro de la literatura revisada no se encontraron estudios que reporten la participación de médicos en formación en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad, en nuestro centro el residente de 2do año es el que mas procedimientos de liberación de polea A1 realiza con un 60.9% del total de procedimientos, seguido del residente de 1er año con un 34.4%, 3er año con un 3.3% y de 4to año con un 1.3%, esto debido a que se considera un procedimiento de baja dificultad comparado con otros que requieren mayor destreza quirúrgica. Con los datos obtenidos no se pudo hacer una asociación entre los diferentes años y la presentación de complicaciones (2.6%) o recidivas (1.9%) ya que el porcentaje de estas es mínimo coincidiendo con lo reportado por Atthakomol et al.

Dentro de las limitantes del estudio fue que en nuestro centro la totalidad de pacientes fueron tratados de manera quirúrgica con la liberación de la polea A1, solo en 2.6% de los pacientes se reportó el uso de esteroides perilesionales previo al tratamiento quirúrgico, por lo que es un área de oportunidad obvia en nuestro centro que se pudiera implementar un algoritmo basado en recomendaciones internacionales con las diferentes

modalidades de tratamiento de acuerdo con el grado de afección de la enfermedad y así poder realizar una comparación entre los diferentes métodos de tratamiento.

CONCLUSIÓN

La tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano es una de las consultas de mano más frecuentes en el mundo y en nuestro centro, en este estudio se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes atendidos en un periodo de 5 años, los cuales concordaron con la literatura mundial, siendo una patología más común en mujeres, dentro de la 5ta o 6ta década de la vida, las cuales se dedican a ocupaciones predominantemente manuales, se reportó un incidencia ligeramente mayor a la reportada en la literatura, probablemente adjudicada al alto porcentaje de diabetes mellitus en la población mexicana y a que somos un centro de referencia nacional en este tipo de padecimientos.

La tasa de éxito en el tratamiento quirúrgico también fue equiparable con la literatura, sin embargo, existe oportunidad de implementar otras opciones de tratamiento menos invasivas sobre todo en estadios tempranos de la enfermedad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Molina Ortega JE, Gargollo Orvañanos C, Campos Serna EI, De la Concha Tiznado M. Tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano (dedo en gatillo). *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2020;18(4):424–6.
2. Junot HSN, Anderson Hertz AFL, Gustavo Vasconcelos GR, da Silveira DCEC, Paulo Nelson B, Almeida SF. Epidemiology of Trigger Finger: Metabolic Syndrome as a New Perspective of Associated Disease. *Hand*. 2021 Jul 1;16(4):542–5.
3. Vasiliadis A V., Charitoudis G, Giotis D, Paschos NK, Malahias MA, Drosos G. Hand disorders demographics in rural areas: A 15-year analysis of demographic characteristics overtime in a stable population. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2020 Nov 1;54(6):604–8.
4. Currie KB, Tadisina KK, Mackinnon SE. Common Hand Conditions: A Review. Vol. 327, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2022. p. 2434–45.
5. Martí MR, Pérez M, Burgaya A, Calvet P, Gondolbeu A. Anatomía aplicada a la cirugía de los tendones flexores. *Revista Iberoamericana de Cirugía de la Mano*. 2015 Nov;43(02):128–34.
6. Vasiliadis A V., Itsiopoulos I. Trigger Finger: An Atraumatic Medical Phenomenon. Vol. 22, *The journal of hand surgery Asian-Pacific volume*. NLM (Medline); 2017. p. 188–93.
7. Patrick NC, Hammert WC. Hand and Wrist Tendinopathies. Vol. 39, *Clinics in Sports Medicine*. W.B. Saunders; 2020. p. 247–58.
8. Effendi M, Yuan F, Stern PJ. Not Just Another Trigger Finger. *Hand*. 2023;
9. Gil JA, Hresko AM, Weiss APC. Current Concepts in the Management of Trigger Finger in Adults. Vol. 28, *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. E642–50.
10. Kuczarski AS, Harris AP, Gil JA, Weiss APC. Management of Diabetic Trigger Finger. Vol. 44, *Journal of Hand Surgery*. W.B. Saunders; 2019. p. 150–3.

11. Matthews A, Smith K, Read L, Nicholas J, Schmidt E. Trigger finger: An overview of the treatment options. *J Am Acad Physician Assist.* 2019 Jan 1;32(1):17–21.
12. Sood RF, Westenberg RF, Winograd JM, Eberlin KR, Chen NC. Genetic Risk of Trigger Finger: Results of a Genomewide Association Study. *Plast Reconstr Surg.* 2020 Aug 1;146(2):165e–76e.
13. Nasser JS, Speth KA, Billig JI, Wang L, Chung KC. Trigger Finger Treatment: Identifying Predictors of Nonadherence and Cost. *Plast Reconstr Surg.* 2020 Aug 1;146(2):177e–86e.
14. Shen PC, Chou SH, Lu CC, Fu YC, Lu CK, Liu WC, et al. Comparative effectiveness of various treatment strategies for trigger finger by pairwise meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2020 Sep 1;34(9):1217–29.
15. Blough C, Najdawi J, Kuschner S. Patient preference for trigger finger treatment. *World J Orthop.* 2022;13(11):1006–14.
16. Leow MQH, Zheng Q, Shi L, Tay SC, Chan ESY. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for trigger finger. Vol. 2021, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley and Sons Ltd; 2021.
17. Kamath J, Jain M, Madegowda A. A Simple Splint for Trigger Finger. Vol. 14, *Journal of Hand and Microsurgery.* Thieme Medical Publishers, Inc.; 2022. p. 109–10.
18. Merry SP, O’Grady JS, Boswell CL. Trigger Finger? Just Shoot! Vol. 11, *Journal of Primary Care and Community Health.* SAGE Publications Inc.; 2020.
19. Lunsford D, Valdes K, Hengy S. Conservative management of trigger finger: A systematic review. *Journal of Hand Therapy.* 2019 Apr 1;32(2):212–21.
20. Fiorini HJ, Tamaoki MJ, Lenza M, Gomes dos Santos JB, Faloppa F, Belloti J carlos. Surgery for trigger finger. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley and Sons Ltd; 2018.
21. Kardestuncer M, Kardestuncer T. Office-Based Open Trigger Finger Release Has a Low Complication Rate. *J Hand Surg Glob Online.* 2022 May 1;4(3):153–5.

22. Tye C, Ford M, Pientka WF. Single-Incision Endoscopic Trigger Finger Release [Internet]. 2023. Available from: www.techhandsurg.com
23. Atthakomol P, Manosroi W, Sathiraleela K, Thaiprasit N, Duangsan T, Tapaman A, et al. Prognostic factors related to recurrence of trigger finger after open surgical release in adults. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2023 Aug 1;83:352–7.
24. Stirling PHC, Jenkins PJ, Duckworth AD, Clement ND, McEachan JE. Functional outcomes of trigger finger release in non-diabetic and diabetic patients. *Journal of Hand Surgery: European Volume*. 2020 Dec 1;45(10):1078–82.
25. Okita G, Hayashi M, Ikegami S, Iwakawa H, Haro H, Kato H. The Prevalence and Risk Factors for Trigger Digits in a Random Sampling of a Japanese Population Registry between 50 and 89 Years of Age. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2022 Feb 1;27(1):148–55.

ANEXO

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Servicio de Cirugía Plástica

INCIDENCIA DE LA TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE LOS DEDOS DE LA MANO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ 2018-2023

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE (INICIALES) _____

EDAD _____

SEXO _____

REGISTRO _____

VARIABLES PRINCIPALES

COMORBILIDADES: _____

DEDO AFECTADO: _____

COMPLICACIONES: SI / NO

RECIDIVA: SI / NO

OCUPACION: _____

TIEMPO DE EVOLUCION: _____

CIRUJANO PRINCIPAL: _____

TRATAMIENTO NO QUIRURGICO: _____

RECABA DATOS: _____