

Infiltración local con corticosteroide para el dedo en gatillo

Local infiltration with corticosteroid for the finger in trigger

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0157>

Mébil Leonardo Menéndez Zambrano,

<https://orcid.org/0000-0001-7069-6742>

mebilmenendez@hotmail.com

Recibido: 25/03/2022

Aceptado: 14/07/2022

RESUMEN

Introducción: El dedo en gatillo es una condición que se presenta con frecuencia en la consulta traumatológica y es una afectación de los dedos, en donde queda atascado en una posición de flexión, con una mayor incidencia en el dedo pulgar, seguido del anular de la mano dominante. Una opción en el tratamiento para mejorar la funcionalidad y el dolor, es la infiltración con antiinflamatorios **Objetivo:** Identificar los condicionantes para obtener un éxito terapéutico con las infiltraciones de corticosteroides en los pacientes con dedo en gatillo. **Materiales y Métodos:** Se realiza una revisión bibliográfica y se consulta en bases de datos como Google Scholar y Pubmed, posteriormente se realiza un análisis sistemático de las fuentes y se evidencia los resultados encontrados. **Resultados:** De los artículos encontrados, dos no fueron considerados por incluir solo el tratamiento quirúrgico como tratamiento. Por el contrario, los artículos que registraron el tratamiento con infiltración local evidenciaron una mejoría importante en la sintomatología inclusive con infiltración única. **Conclusiones:** La elección de la infiltración local es una opción terapéutica para recuperar la función del dedo en resorte; sin embargo, la cirugía es una alternativa que tendría que considerarse en ciertos grupos de pacientes.

Palabras clave: trastorno del dedo en gatillo, corticosteroides, pulgar

1. Ejercicio libre- Consultorio Privado- Ecuador
2. Autor de correspondencia: mebilmenendez@hotmail.com

SUMMARY

Introduction: Trigger finger is a condition that frequently occurs in the orthopedic consultation and it is an involvement of the fingers, where it gets stuck in a flexion position, with a greater incidence in the thumb, followed by the ring finger of the dominant hand. An option in treatment to improve function and pain is infiltration with anti-inflammatories **Objective:** To identify the conditions to obtain a therapeutic success with corticosteroid injections in patients with trigger finger. **Materials and Methods:** A bibliographic review is carried out and databases are consulted, such as Google Scholar and Pubmed, later a systematic analysis of the sources and the results found are evidenced. **Results:** the articles found, two were not considered because they included only surgical treatment as treatment. On the other hand, the articles that registered the treatment with local infiltration showed a Significant improvement in symptoms even with single infiltration. **Conclusions:** The choice of local infiltration is a therapeutic option to recover the function of the finger in spring; however, surgery is an alternative that should be considered in certain patient groups.

Keywords: trigger finger disorder, corticosteroids, thumb

INTRODUCCIÓN

La tenosinovitis estenosante de uno de los dedos de la mano, también conocida como dedo en gatillo, es una de las principales consultas traumatológicas que causan dolor e incapacidad funcional. Esta condición de atrapamiento del tendón se produce por el pinzamiento mecánico de los tendones flexores de los dedos cuando pasan a través de una polea retinacular estrecha a nivel de la cabeza del metacarpiano. (1)

El dedo en gatillo tiene una incidencia estimada de 28 casos por 100.000 habitantes por año y es un problema relativamente habitual. (2) La afección puede ser congénita, pero también ocurre en adultos, en niños se presentan en sus primeros años de vida, en adultos entre los 30 y 60 o más años de edad. En niños, se encuentra afectado el dedo pulgar generalmente. En adultos, cuando se encuentra asociada con una enfermedad del colágeno o diabetes, además del dedo pulgar, pueden estar asociadas al dedo anular. (3) De acuerdo a su origen, se clasifica en primario, es decir, aparece sin otra patología coexistente y es el más frecuente; la secundaria, se puede presentar en mujeres en etapa posmenopáusica, personas que padecen diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia renal, gota, amiloidosis o artritis reumatoidea, síndrome del túnel del carpo, contractura de Dupuytren y otras tendinitis (Quervain o epicondilitis lateral). (4), (5)

El fenómeno del dedo en gatillo o resorte se debe a un problema de espacio entre el tendón flexor y su polea, frecuentemente al nivel de la cabeza de los metacarpianos (polea A1). La flexión de la falange proximal, especialmente si se hace contra resistencia, origina una gran carga sobre el borde distal de la polea A1, lo que establece sobre ésta una tensión que a la larga se traduce en una hiperтроfia de la misma y origina la formación de un nódulo reactivo tendinoso en muchas ocasiones, que produce una limitación funcional de los dos tendones flexores del dedo para deslizarse suavemente bajo la polea A1, incrementando la tensión para forzar al tendón a deslizarse y un impulso brusco cuando el nódulo del tendón tira de repente a través de la polea angosta (efecto resorte). (6).

Es rara la resolución de la tenosinovitis estenosante del tendón flexor de manera espontánea, además de tratamiento médico, como inmovilización con férula, antiinflamatorios orales e infiltración de corticoides, sino mejora debe operarse. (7). El objetivo de esta investigación fue identificar los condicionantes para obtener un éxito terapéutico con las infiltraciones de corticosteroides en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica, para la elaboración de la misma han sido consultadas las bases de datos: Pubmed y Google Scholar, con los descriptores “dedo en gatillo”, “infiltración”, “corticosteroides”, “pulgar”, se selecciona los artículos que cumplen con los requisitos para ser calificado como una investigación validada, posteriormente se realiza un análisis sistemático de las fuentes y se evidencia los resultados encontrados.

RESULTADOS

El dedo en gatillo tiene diferentes grados o estadios, al consultar la literatura nos encontramos con algunas clasificaciones, entre ellas tenemos, los grados de dedo en gatillo según Quinnell (1980), la clasificación de dedo en resorte de Newton y col. (1990), de Patel y col (1997), Green y col (1997), la de Froimson (1999) y por último la clasificación de dedo en resorte de Eastwood y col (1992), que utilizaremos en esta

investigación y se divide en: ninguno, para el movimiento normal durante la flexo/extensión; leve, movimientos desiguales leves durante la flexión/extensión; moderado: activamente corregible, interfiere con la función normal de la mano; severo, pasivamente corregible y bloqueado: fijo en flexión. (8).

Según el grado que se presente en el dedo en gatillo es recomendable un tipo de tratamiento, la infiltración local de corticosteroides es una alternativa en el tratamiento de esta patología, debido a que son potentes antiinflamatorios. (9) (10). La Guía Europea de consenso multidisciplinar para el manejo del dedo en gatillo publicada en el 2014, indica que la inyección local con corticosteroides parece ser el tratamiento más útil en los casos de dedo en gatillo leve y moderado, mostrando mayores tasas de efectividad que la cirugía. (11).

La inyección de corticosteroides suele ser una estrategia de tratamiento exitosa y de primera línea para pacientes con dedo en gatillo. Es económico, fácil de realizar y menos invasivo que la cirugía, puede ser útil en muchos pacientes. Sin embargo, los síntomas pueden reaparecer y en el lugar de su aplicación pueden causar atrofia tisular, decoloración de la piel, hipopigmentación o, incluso infección. Los pacientes con síntomas prolongados tienen menos probabilidades de resolución. (12).

El corticoesteroide es un antiinflamatorio que se puede infiltrar en la vaina del tendón, en la base del dedo en gatillo. Una inyección puede evitar que el dedo quede en la posición de apretar un gatillo durante un período que pueda ser de un día o de varias semanas. Si los síntomas no mejoran con el transcurso del tiempo, se puede aplicar una segunda inyección. Si dos inyecciones no resuelven el problema, se puede considerar realizar una cirugía. Las inyecciones de esteroides tienen menos probabilidad de ser efectivas en pacientes con diabetes, pero pueden ayudar a evitar la cirugía. Pueden causar un aumento a corto plazo del azúcar en sangre. Por lo tanto, después de la inyección, se deben controlar los niveles de glucosa en pacientes diabéticos. (13).

La investigación realizada por Peters-Veluthamaningal et al., en el 2008, con 50 pacientes, concluyó que la inyección local con corticosteroides es efectiva y segura para tratar el dedo en gatillo y que los efectos de las inyecciones duran hasta 12 meses.(14)

Rozental et al., en el 2008 incluyó a 124 pacientes en su estudio e indicó que al año de la inyección el 56% de los dedos presentaron recurrencia de los síntomas. La edad más joven, la diabetes mellitus insulinodependiente, la afectación de varios dedos y los

antecedentes de otras tendinopatías de la extremidad superior se asociaron con una mayor tasa de fracaso del tratamiento. Los síntomas a menudo recurrieron varios meses después de la inyección. (15)

Dardas et al., en el 2010 integra en su investigación a 285 pacientes, en donde el treinta y nueve por ciento de las inyecciones de corticosteroides segunda y tercera para el dedo en gatillo producen alivio a largo plazo, la edad avanzada del paciente y la inyección para el pulgar en gatillo se asociaron con el éxito de las segundas inyecciones.(16). Un artículo publicado por Dala-Ali et al., en 2012 investigó la eficacia de la inyección de corticosteroides en 90 dedos en gatillo, con seguimiento de un año. Los autores lograron evidenciar una buena efectividad en el 66% de los casos. (17)

Un estudio retrospectivo publicado por Schubert et al en 2013, analizó los historiales de 577 dedos en gatillo tratados con inyecciones de corticosteroides y halló una tasa de resolución de la sintomatología en un 79.7% de los casos, con una duración de la efectividad de la inyección de 315 días y se requirió cirugía para 117 pacientes. (18).

En el 2014, Wojan et al., evidenció los resultados a largo plazo después de una sola inyección de corticosteroides para el dedo en gatillo, en una serie de casos, analizó 366 inyecciones por primera vez en las vainas de los tendones flexores desde enero de 2000 hasta diciembre de 2007, con una duración mínima de seguimiento de cinco años y encontró que el cuarenta y cinco por ciento de los pacientes demostraron éxito en el tratamiento a largo plazo después de una sola inyección y que la edad del paciente, el tipo de síntoma y el estado de diabetes no fueron predictivos del éxito del tratamiento.

En el mismo sentido, Castellanos et al., publica en el 2015 que las inyecciones de esteroides fueron una intervención eficaz de primera línea para el tratamiento de dedo en gatillo, en el seguimiento a largo plazo, la incidencia de éxito puede llegar al 69% y la eficacia de este tratamiento aumenta cuando se trata el pulgar en comparación con otros dígitos, en su investigación integró a 71 personas. (19). Además, un reciente meta análisis publicado en el 2019, concluye que la inyección de corticosteroides puede ser una estrategia eficaz para el tratamiento del dedo en resorte, aunque algunos pacientes pueden necesitar cirugía debido a la recurrencia. (20).

Guillen et al., en su investigación publicada en el 2021, refiere que la demostración de engrosamiento del aparato flexor del dedo es el principal condicionante del éxito de las infiltraciones de corticosteroides en esta afección, seguida del tiempo de evolución. (21)

Con respecto a la infiltración de una dosis; en el 2022, Jiménez et al., incluye en su investigación a 126 pacientes y obtuvo la resolución de los síntomas tras una única infiltración en el 54% de los casos y un éxito global al final del seguimiento del 68%. (22).

CONCLUSIONES

En la literatura consultada, los grados de dedo en gatillo de leve y moderado, el presentar la patología en el dedo pulgar y tener engrosamiento del tendón, son condicionantes de éxito terapéutico de las infiltraciones locales con corticosteroides, aunque no ocurre en todos los pacientes. Por otra parte, el presentar o no diabetes mellitus puede interferir en la mejora de la sintomatología en el transcurso del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Molina Ortega JE, Gargollo Orvañanos C, Campos Serna EI, Concha Tiznado MD. Tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano (dedo en gatillo). Informe médico Grupo Ángeles [Internet]. Diciembre de 2020 [citado el 2022 Sep 14]; 18(4):424-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032020000400424&lng=es&nrm=iso&tlang=es
2. Flores J, Ortunio CM, Agreda L, Guevara R H, Cardozo R, Rada L. Tenosinovitis estenosante digital en pacientes de un Hospital Universitario. Comunidad y Salud [Internet]. Junio de 2015 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 13(1):29-37. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1690-32932015000100005&lng=es&nrm=iso&tlang=es
3. Álvarez González A, Uranga Gafa C, Álvarez Benito O, Herrera Rodríguez R, Cuní Suárez S. Tratamiento del dedo en gatillo con punción láser. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. Junio de 2003 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 32(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572003000200007&lng=es&nrm=iso&tlang=es
4. Sosa Salinas U, Hernández Rodríguez A, Morfa Viamontes F. Dedo en gatillo por nódulo tendinoso flexor: tratamiento mediante electromagnetoterapia en atención primaria. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. Diciembre de 1997 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 11(1-2):25-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-215X1997000100003&lng=es&nrm=iso&tlang=es
5. López Beltrán R, Hernández Gutiérrez R, Navarro González A, Candebat Candebat R. Resultados de la vaginotomía percutánea en el tratamiento del dedo en gatillo. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. Junio de 2006 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 20(1):0-0. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-215X2006000100003&lng=es&nrm=iso&tlang=es
6. Chaves Moreno A. Tenosinovitis estenosante del tendón flexor (dedo en gatillo). Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. Marzo de 2008 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 25(1):59-65. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152008000100007&lng=en&nrm=iso&tlang=en
 7. Vergara-Amador E, Viveros JM, Satizábal LA. Incidencia del dedo en gatillo después de la liberación del túnel carpiano. Revista Salud Uninorte [Internet]. Diciembre de 2015 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 31(3):494-500. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522015000300006&lng=en&nrm=iso&tlang=es
 8. Rodríguez J. Dedo en recurso [Internet]. Fisioterapia para fisioterapeutas y pacientes. 2018 [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://lafisioterapia.net/dedo-en-resort/>
 9. Cole BJ, Schumacher RHJ. Corticosteroides inyectables en la práctica moderna. JAAOS - Revista de la Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos [Internet]. Febrero de 2005 [citado 14 de septiembre de 2022]; 13(1):37-46. Disponible en: https://journals.lww.com/jaaos/Abstract/2005/01000/Injectable_Corticosteroids_in_Moder_n_Practice.6.aspx
 10. Botargues M, Enz PA, Musso CG. Tratamiento con corticoides. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria [Internet]. 1 de abril de 2011 [citado 15 de septiembre de 2022]; 14(1). Disponible en: <https://evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6071>
 11. Huisstede BMA, Hoogvliet P, Coert JH, Fridén J, European Group. Guía de consenso multidisciplinar para el manejo del dedo en gatillo: resultados del estudio europeo HANDGUIDE. Octubre de 2014; 94(10):1421-33.
 12. Jeanmonod R, Harberger S, Waseem M. Trigger Finger. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2022 [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459310/>
 13. Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos. Dedo en gatillo (Trigger Finger) - OrthoInfo - AAOS [Internet]. [Citado 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.orthoinfo.org/es/diseases--conditions/dedo-en-gatillo-trigger-finger/>
 14. Peters-Veluthamalingal C, Winters JC, Groenier KH, Jong BM de. Inyecciones de corticosteroides efectivas para el dedo en gatillo en adultos en la práctica general: un ensayo aleatorizado doble ciego controlado con placebo. Anales de las enfermedades reumáticas [Internet]. 1 de septiembre de 2008 [citado 15 de septiembre de 2022]; 67(9):1262-6. Disponible en: <https://ard.bmjjournals.org/content/67/9/1262>
 15. Rozental TD, Zurkowski D, Blazar PE. Dedo en gatillo: indicadores pronósticos de recurrencia después de la inyección de corticosteroídes. JBJS [Internet]. 1 de agosto de 2008 [citado 14 de septiembre de 2022]; 90(8):1665-72. Disponible en: https://journals.lww.com/jbjssjournal/Abstract/2008/08000/Trigger_Finger_Prognostic_Indicators_of.7.aspx

16. Dardas AZ, Vandenberg J, Shen T, Gelberman RH, Calfee RP. Eficacia a largo plazo de las inyecciones repetidas de corticosteroides para el dedo en gatillo. El Diario de Cirugía de la Mano [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 14 de septiembre de 2022]; 42(4):227-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363502316307249>
17. Dala-Ali BM, Nakhdjevani A, Lloyd MA, Schreuder FB. La eficacia de la inyección de esteroides en el tratamiento del dedo en gatillo. Clin Orthop Surg [Internet]. diciembre de 2012 [citado 15 de septiembre de 2022]; 4(4):263-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3504690/>
18. Schubert C, Hui-Chou HG, Ver AP, Deune EG. Terapia de inyección de corticosteroides para el dedo en resorte o el pulgar: una revisión retrospectiva de 577 dígitos. Mano (N Y) [Internet]. Diciembre de 2013 [citado 15 de septiembre de 2022]; 8(4):439-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840755/>
19. Castellanos J, Muñoz-Mahamud E, Domínguez E, Del Amo P, Izquierdo O, Fillat P. Efectividad a largo plazo de las inyecciones de corticosteroides para el dedo en gatillo y el pulgar. El Diario de Cirugía de la Mano [Internet]. enero de 2015 [citado el 15 de septiembre de 2022]; 40(1):121-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0363502314012891>
20. Ma S, Wang C, Li J, Zhang Z, Yu Y, Lv F. Eficacia de la inyección de corticosteroides para el tratamiento del dedo en gatillo: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios. J Invest Surg. agosto de 2019; 32(5):433-41.
21. Guillén Astete CA, Rodríguez López R, García Montes N. Condicionantes del éxito terapéutico de las infiltraciones de corticoides en el síndrome del dedo en resorte. Reumatología Clínica [Internet]. 9 de octubre de 2021 [citado 15 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X2100190X>
22. Jiménez I, Medina J, Marcos-García A, Garcés GL. Infiltración comisural dorsal en el tratamiento del pulgar y los dedos en resorte. Estudio de una cohorte prospectiva. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 15 de septiembre de 2022]; 66(4):260-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888441521001077>

