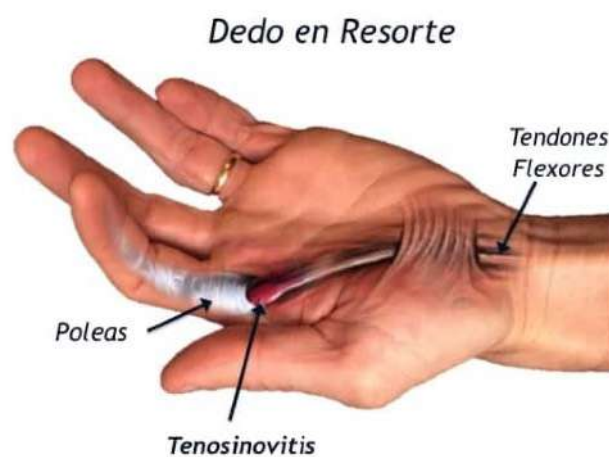


# DEDO EN RESORTE O EN GATILLO

El dedo en gatillo es una afección en la que uno de los dedos queda atascado en una posición de flexión. El dedo puede flexionarse o estirarse con un chasquido —como un resorte que se tira y se libera. El dedo en gatillo también se conoce como tenosinovitis estenosante de los tendones flexores de la mano.

Esta causado por una inflamación de la vaina tendinosa de los tendones flexores que genera un atrapamiento de éstos a nivel de las poleas de los dedos. Existen 2 tendones flexores de los dedos, uno superficial y otro profundo, que para realizar mejor su flexión del dedo tiene que deslizarse por un sistema de vainas y poleas que crean una especie de túnel unido al hueso y por dentro del cual van los tendones.

La irritación prolongada de la vaina tendinosa puede producir cicatrices, engrosamiento y formación de bultos o nódulos en el tendón que dificultan aún más su movimiento, existiendo pues una disminución del espacio libre en el túnel y por ello con el movimiento del tendón se queda bloqueado a media posición. Cada dedo presenta 5 poleas exceptuando el primer dedo que sólo tiene dos. La primera polea, llamada A1 , se encuentra a nivel de la articulación metacarpofalángica y es la causante de la mayor parte de dedos en resorte.



Las personas cuyos trabajos o aficiones requieren acciones de agarre repetitivas tienen un mayor riesgo de padecer dedo en gatillo. La afección es más frecuente en las mujeres y en las personas que tienen diabetes. El tratamiento del dedo en gatillo varía en función de su gravedad.



## SINTOMAS

Los signos y síntomas del dedo en gatillo pueden progresar de leves a graves, y comprenden los siguientes :

- Un dedo que se bloquea en la posición de flexión y que no puedes volver a estirar ( es lo que define la lesión ).
- Una sensación de chasquido o crujido cuando mueves el dedo a su posición original.
- Rigidez en el dedo, especialmente por la mañana
- Sensibilidad o un bulto (nódulo) en la palma de la mano, en la base del dedo afectado

Este resalte llega a un punto donde la extensión se bloquea con el dedo en semiflexión, y para lograr extenderlo se requiere esfuerzo o la ayuda de la otra mano. La resistencia se

vence con resalto brusco y doloroso. Muchas veces el paciente es capaz de oír el chasquido y en ocasiones se palpa un nódulo doloroso en la raíz del dedo (dónde se engancha).

El dedo en gatillo puede presentarse en cualquier dedo, incluso en el pulgar. Es probable que tengas más de un dedo afectado al mismo tiempo, y que las dos manos estén afectadas. La afección suele ser más pronunciada por la mañana, mientras sujetas un objeto con firmeza o cuando estiras el dedo.

## **CAUSAS**

La principal causa de por que ocurre el dedo en gatillo es desconocida. Sí que se han observado una serie de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollarlo, como son el sexo femenino, enfermedades como diabetes o artritis reumatoide, actividades que requieran realizar un movimiento frecuente de agarre o flexión del dedo.

Los traumatismos repetidos sobre la palma de la mano (trabajos manuales) generan una inflamación a nivel de la vaina de los tendones (tenosinovitis) y por consiguiente un engrosamiento del tendón, en forma de nódulo, o un aumento del grosor de la polea. Esto conlleva un conflicto de espacio entre el tendón flexor y su polea generalmente a nivel de la cabeza de los metacarpianos (polea A1). Es más raro un engrosamiento del tendón flexor a nivel de la polea A3 o A4. La alteración en el diámetro de la polea (disminuido) y/o la alteración del diámetro de los tendones (aumentado) genera el problema por incremento de fricción entre ambas estructuras provocando inflamación y reacción fibrosa.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico se realiza mediante la exploración física. A veces se puede plantear una ecografía, pero normalmente el diagnóstico es clínico, pudiendo palparse la formación fibrosa como un engrosamiento o bulto en la cara anterior de la mano y normalmente provocando el resorte en la consulta.

## TRATAMIENTO

La resolución espontánea del dedo en resorte suele ser rara.

En las fases iniciales podemos intentar un tratamiento conservador, por lo menos para mejorar los atrapamientos. Se debe reducir la inflamación alrededor del tendón flexor y la vaina tendinosa para eliminar el resorte y así permitir un movimiento completo del dedo sin molestias. Este tratamiento se basa en tres pilares:

- Modificación de las actividades que contribuyen a su producción (músicos, actividades manuales...) evitando así los microtraumatismos repetidos y la inflamación de la vaina tendinosa.
- Antiinflamatorios para disminuir la inflamación y el dolor.
- Infiltración de corticoides junto un anestésico local en la vaina del flexor. Normalmente suele mejorar con una sola inyección, pero a veces hace falta varias infiltraciones seriadas. Normalmente, cuanto menor sea el tiempo de evolución mayores son los porcentajes de éxitos obtenidos.

Si no se trata puede permanecer como una molestia dolorosa o progresar. Cuando el resalta es muy frecuente o muy doloroso, o permanece en posición de flexión sin poder extenderlo completamente entonces se aconseja el tratamiento quirúrgico.

### **Cirugía del dedo en resorte**

La intervención quirúrgica consiste en la resección del ligamento anular a nivel de la articulación metacarpofalángica (polea A1) bajo anestesia local y de manera ambulatoria (sin ingreso hospitalario), por lo que no hace falta realizar las pruebas de anestesia.

La inyección de la anestesia local es un líquido que suele doler bastante, pero desaparece muy rápido. A partir de entonces podrá notar que se le toca, pero no tiene que dolerle, si le duele coméntelo por si hace falta poner más anestesia local. Para poder realizar la cirugía se le colocara en el brazo un aparato como el que toma la tensión, y que se pone muy apretado para poder cortar la circulación del brazo ( isquemia ) y poder operar sin que haya sangrado. Ese manguito de isquemia suele estar muy apretado y puede doler, pero debe de aguantarlo los 10 minutos que dura la operación.

Se realiza una herida de unos 2 cm en la base del dedo para poder cortar la polea y comprobar que al flexionar el dedo no se queda bloqueado. La herida se cierra con unos puntos de sutura que deberá de mantener hasta la completa cicatrización.



Cirugía del Pulgar en Resorte

Por el tipo de piel y la zona de la mano donde es la operación es frecuente que la herida cicatrice mal y que al quitarle los puntos se pueda abrir la herida, sobretodo en aquellos pacientes que tengan factores de riesgo como diabetes, u otras enfermedades. Esta es la complicación más frecuente de esta cirugía, pero existen otras que están descritas en el consentimiento informado que usted firmo antes de la cirugía y que incluyen la infección de la herida, inflamación o edema, o la reaparición de la clínica de resorte pudiendo precisar una nueva intervención. También es frecuente una cierta rigidez del dedo en la recuperación si no se ha realizado los ejercicios , y que limitarían la movilidad.

Tras la cirugía mantendrá un pequeño vendaje durante unos días y es aconsejable que mantenga cierto reposo de los dedos durante 4-7 días pero que después haga movilizaciones para evitar la rigidez posterior del dedo.

Al alta deberá de mantener el tratamiento indicado por el cirujano , realizar las curas locales de la herida cada 48-72 horas ( acudir a centro de salud o urgencias si la herida presenta signos de infección o de abrirse ) y hacer los ejercicios.

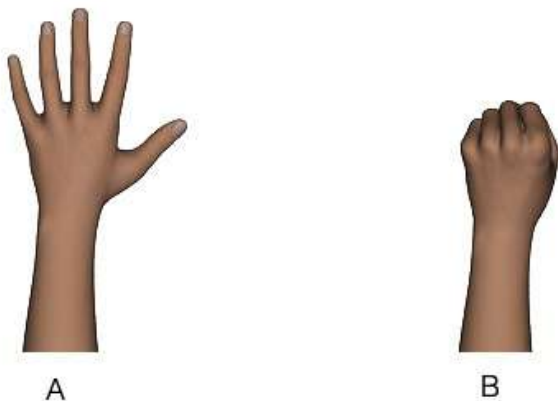
Aconsejo vean las paginas web y los tutoriales sobre ejercicios de la mano y dedos para una mejor recuperación clínica.



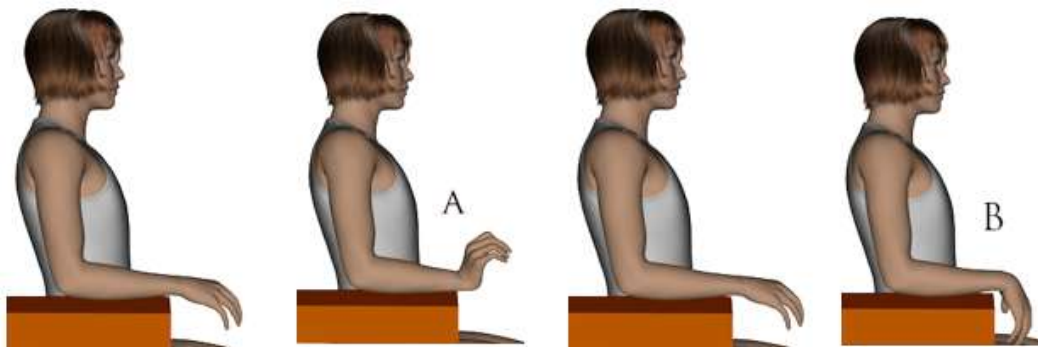
## EJERCICIOS DE RECUPERACION TRAS CIRUGIA

Se recomienda realizar 10 repeticiones de cada ejercicio al menos 2 veces al día, excepto el de potenciación, que se recomienda realizarlo varias veces a lo largo del día. Cuantas más veces repita todos estos ejercicios mejor será la recuperación.

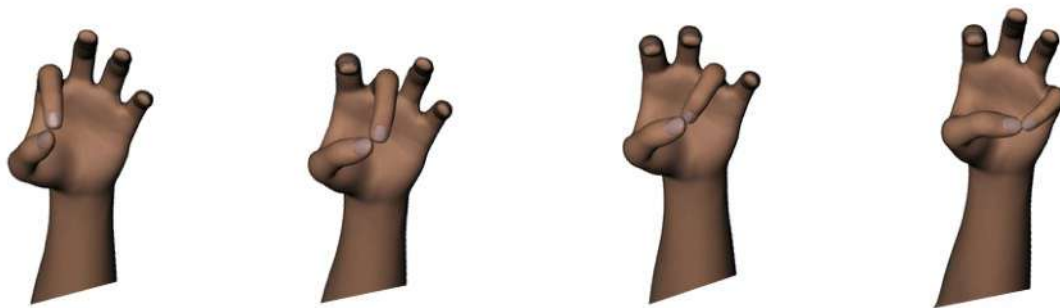
1) **Movilidad de la mano y los dedos**: con la mano abierta, separar los dedos en forma de abanico todo lo posible (A), mantener la posición 5-10 segundos y descansar. Luego cerrar todo lo posible la mano, sin incluir el dedo pulgar dentro del puño (B), mantener 5-10 segundos y volver a la posición inicial de reposo.



2) **Flexoextensión de muñeca**: sentado, con el antebrazo apoyado sobre una mesa, y dejando la mano fuera, llevar la mano hacia arriba lentamente todo lo que se pueda, mantener la posición 5-10 segundos (A) y volver a la posición inicial. Posteriormente, llevar la mano hacia abajo lentamente, intentando tocar el borde de la mesa, mantener 5-10 segundos y volver a la posición inicial (B).



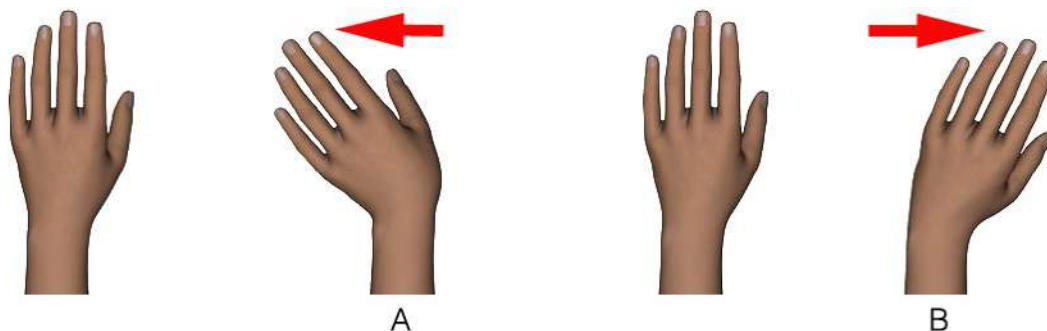
3) **Movilidad dedos 2**: Con la punta del dedo pulgar, intentar tocar la yema de cada uno de los otros dedos.



4) **Oposición del pulgar:** Llevar el pulpejo del dedo pulgar a la base de cada uno de los dedos, comenzando por el índice y terminando por el meñique.



5) **Movilidad lateral muñeca:** Con la mano abierta y dedos extendidos, realizar movimientos con la muñeca dirigiendo la mano primero hacia fuera (A), mantener 5-10 segundos para posteriormente relajar volviendo a la posición de reposo. Continuamos moviendo la mano hacia dentro (B), mantener otros 5-10 segundos y volver a la posición de reposo.

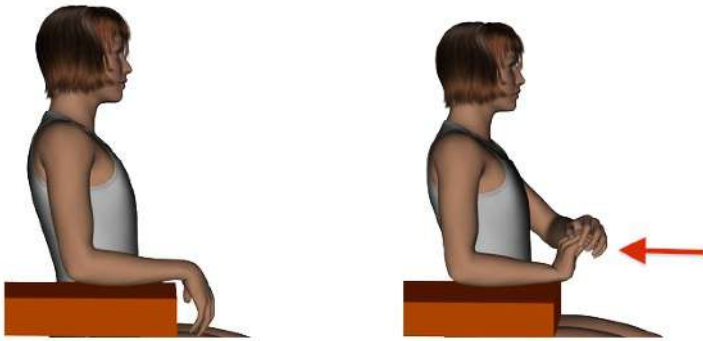


6) **Potenciación de la mano** Para conseguir fuerza nuevamente en la mano, debemos cerrar lentamente la misma todo lo que sea posible hasta lograr “hacer puño”. Se puede utilizar una pelota blanda de goma o un globo lleno de harina o arroz, para apretarlo de vez en cuando.





7) **Extensión de muñeca**: sentado y con el antebrazo apoyado sobre una mesa, llevar la mano hacia arriba, ayudándonos con la mano sana para conseguir la máxima extensión (flexión dorsal), mantener la posición 5-10 segundos y volver a la posición inicial de reposo.



8) **Extensión máxima de muñeca**: se apoya la mano abierta en una mesa e inclinamos el cuerpo hacia delante de manera que consigamos extender al máximo la muñeca, mantener la posición 5-10 segundos y volver a la posición inicial.

