



Cad Aten Primaria
Ano 2009
Volume 16
Páx. 312-314

Infiltración esteroidea en el dedo en gatillo

Dra. María J. Cabra Bellido
MIR Medicina de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

Dra. Sabela Graña Fernández
MIR Medicina de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

Dra. Carmen Paz Martínez
Médica de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

Dr. Vicente Fernández Rodríguez
Médico de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Nuestro objetivo es describir la técnica de infiltración esteroidea en el tratamiento de la tenosinovitis estenosante de los tendones flexores de la mano.

La administración local de glucocorticoides es una alternativa eficaz, rápida y de gran disponibilidad en la consulta de atención primaria. Es una técnica económica y segura, con mínimos efectos adversos, cuando se conoce la región anatómica y la técnica de infiltración^(1,2,3,4).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DEL TRATAMIENTO

El dedo en gatillo o dedo en resorte es una tenosinovitis estenosante de los tendones flexores de la mano. Se debe a un conflicto de espacio entre el tendón flexor y su polea, generalmente 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 angular sobre el borde distal de la polea A1, lo que establece sobre ésta una compresión que a la larga se traduce en una hipertrofia de la misma y, en muchas ocasiones, en la formación de un nódulo reactivo tendinoso⁽⁵⁾ (Figura 1).

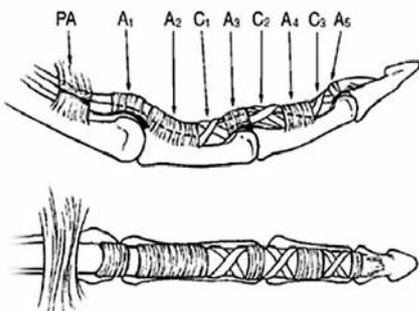


FIGURA 1

Anatomía Tendón flexor. Courtesy of Griffin LY (ed)

Coincidiendo con el progresivo compromiso del espacio, comienza a aparecer cierta dificultad, especialmente para la extensión, que se resuelve con un salto súbito, como en gatillo. Al final para lograr la extensión puede ser necesario forzar la articulación de forma pasiva^(3,4,5).

Distintas posibilidades de tratamiento son el empleo oral de AINES, ejercicios de fisioterapia, la inmovilización con férula, la infiltración esteroidea y la cirugía descompresiva^(8,9).

Diferentes series avalan la alta eficacia de la infiltración local con esteroides (73 al 92% de curación al año⁽¹⁾) por lo que consideramos que se trata de una técnica de primera elección de fácil aplicación en el ámbito de la atención primaria.

MATERIAL Y TÉCNICA RECOMENDADA

Se utiliza una aguja subcutánea de 25 G para inyectar una mezcla de 0.5 ml de Trigon Depot® (triamcinolona acetónido) y 0.5 ml de Scandinibsa 2%® (mepivacaína clorhidrato), sin vasoconstrictor (Figura 2).



FIGURA 2

Material

El primer paso es preparar la piel con un antiséptico (Betadine®) y a continuación identificar el punto de la palma de la mano donde la polea puede ser infiltrada de manera segura⁽⁶⁾.

Nos sentaremos en frente del paciente y realizaremos la supinación e hiperextensión de la mano a tratar.

Para localizar el punto adecuado de la inyección (ver Figura 3) hemos de marcar la posición de la polea A1; para ello nos valdremos de los pliegues palmares, siendo los puntos de referencia el pliegue digito-palmar y el pliegue que pasa a la altura de la cabeza de los metacarpianos.

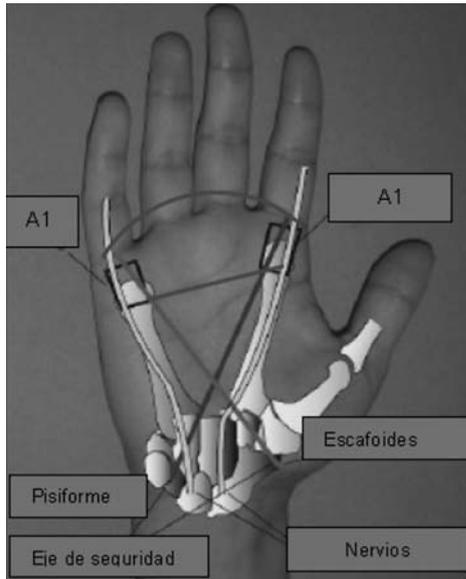


FIGURA 3

Punto inyección. Modificado de S. Akthar

La distancia media a la que se encuentra la polea A1 son 1.17 cm (+/- 0.02) para el dedo índice, medio y anular, y 0.98 (+/- 0.02) para el meñique.

Otro hecho a tener en cuenta es la protección de las estructuras neurovasculares de la cara ventral de la mano, que en los dedos índice y meñique cruzan la polea o el área de infiltración. Para ello trazaremos una línea desde el dedo meñique al tubérculo del escafoides y otra que vaya desde el dedo índice al hueso pisiforme con lo que conformaremos un eje de seguridad para la infiltración en estos dos dedos⁽¹⁾.



FIGURA 4

Marcaje del pulgar

El punto de inyección para el pulgar es el mismo pliegue que lo separa de la palma de la mano^(1,2) (Figuras 4 y 5).

Antes de proceder a la infiltración es recomendable limpiar la superficie con una gasa impregnada de alcohol, disminuyendo así el riesgo de posibles infecciones.



FIGURA 5

Inyección corticoidea

Introduciremos la aguja a través de la piel, tejido celular subcutáneo y el tendón, llegando a la superficie del hueso por lo que la aguja no avanzará más (Ver Figura 6). Tras retirar un poco la aguja, aspiramos e infiltramos.

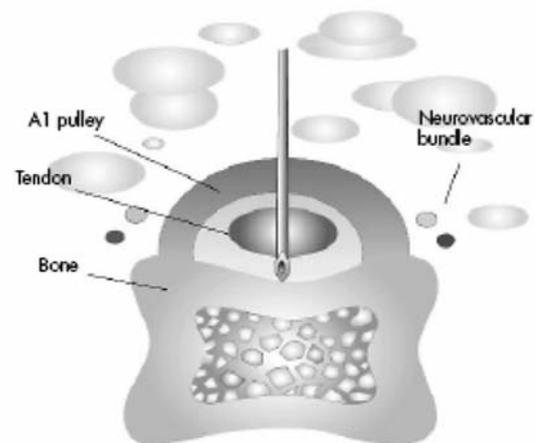


FIGURA 6

Corte Transversal, Aguja en vaina Sinovial.. S. Akthar

El objetivo es depositar el fármaco en la vaina del tendón, en el espacio entre el metacarpiano y el propio tendón. La aparición de resistencia a la inyección puede producirse en casos de polea muy engrosada o si estamos en el espesor del tendón por lo que moveremos ligeramente la aguja hacia arriba o hacia abajo para tratar de situarnos en la vaina.

Los posibles efectos adversos^(3,6) (dolor post-inyección, atrofia dermo-epidérmica, hematoma, despigmentación cutánea...) no deben suponer un impedimento para la realización de esta técnica ya que son mínimos, y en su mayoría locales.

Se ha descrito un aumento de la efectividad de la infiltración esteroidea utilizando una técnica ecoguiada que permite realizar la inyección de manera más precisa en el lugar de la inflamación.

CONCLUSIÓN

Las infiltraciones locales con corticoides en patologías articulares y de partes blandas, en nuestro caso del dedo en gatillo, son un recurso de considerable valor y en el que se cuenta con una amplia experiencia en la consulta de atención primaria para el tratamiento del dolor y de la limitación funcional.

Consideramos que la evidencia existente y la simplicidad de la técnica justifican el proponerla como tratamiento de primera elección en esta patología. La introducción de técnicas como la ecografía para realizar una punción ecoguiada⁽⁹⁾ probablemente contribuya a mejorar su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. S. Akthar, F D Burke. Study to outline the efficacy and illustrate techniques for steroid injection for trigger finger and thumb. *Postgrad. Med. J.* 2006; 82: 763-766.
2. Alfred F. Tallia, M.D., M.P.H. Diagnostic and Therapeutic Injection of the Wrist and Hand Region. *American Family Physician.* 2003; 67; 4: 745-750.
3. J. García Santos, J. J. Rodríguez Alonso. Infiltraciones locales en atención Primaria. *SEMERGEN*: 2001; 27: 526-536.
4. J. García Santos, J. J. Rodríguez Alonso. Infiltraciones locales en atención Primaria II. *SEMERGEN* 2002; 28 (4): 195 – 206.
5. A.Chaves Moreno. Tenosinovitis estenosante del tendón flexor (dedo en resorte). *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 25 (1), marzo 2008.
6. <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2063.html>
7. Courtesy of Griffin LY (ed): *Essentials of Musculoskeletal Care*. 3rd Ed. Rosemont, IL. American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2005.
8. Murphy D, Failla JM, Koniuch MP. Steroid versus placebo injection for trigger finger. *J Hand Surg [Am]* 1995;20(4):628-31
9. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg [Am]* 1997;22(1):138-44
10. Marko Bodor MD, Tiffany Flossman. Ultrasound-Guided First Annular Pulley Injection for Trigger Finger. *J Ultrasound Med* 2009; 28:737–743.