

PROCEDIMIENTO EN EVALUACIÓN:

Cirugía para el tratamiento del dedo gatillo

1. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando ha fallado el tratamiento médico conservador con antiinflamatorios orales, fisioterapia e infiltraciones locales con corticoides.

La cirugía abierta se puede realizar bajo anestesia local, en la que el médico adormece sólo los nervios que inervan la mano y los dedos.

Durante la operación de tendosinovitis el médico abre el punto en que la vaina del tendón está estenosada, expandiendo la vaina tendinosa de esta manera.

Definición del indicador: Altas de pacientes mayores de 15 años con un procedimiento quirúrgico de dedo gatillo (códigos CIE-9: 82.01, 82.91, 82.11, 82.21, 82.33, 83.42) y diagnóstico de dedo gatillo adquirido (códigos CIE-9: 727.03).

2. DEFINICIÓN DE LA INDICACIÓN NO ADECUADA PARA EL PROCEDIMIENTO

Término MeSH:

Discapacidad dolorosa de la mano que afecta a los dedos de la mano o del pie. Está causada por pinzamiento mecánico de los tendones flexores de los dedos cuando pasan por una polea retinacular estrechada a nivel de la cabeza de los metacarpianos. Puede producirse estrechamiento de la vaina y metaplasia fibrocartilaginosa y pueden formarse nódulos. (Green's Operative Hand Surgery, 5th ed, p. 2137-58).

La gravedad del dedo en gatillo se gradúa según su severidad. La clasificación más comúnmente utilizada es la de Quinell, en la que se denominan cinco categorías: grado 0 (ausente), grado 1 (leve), grado 2 (moderado), grado 3 (severo) y grado 4 (bloqueado).

0.	ausente	movimiento llano a flexo-extensión
1.	leve	rugosidad a movimientos de flexo-extensión
2.	moderado	corregible activamente
3.	severo	corregible pasivamente
4.	bloqueado	fijo en flexión

Tabla 1. Grados dedo en resorte. (según Quinell)

3. TIPO DE PROCEDIMIENTO

Procedimiento de dudoso valor

4. PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO (SÓLO EN CASO DE QUE LO HAYA).

Tratamiento conservador: antiinflamatorios, inyecciones de corticoesteroides, férulas, etc

5. INICIATIVAS/LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYAN LA INADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Croydon List (1).

6. EVIDENCIA QUE APOYA LA NO RECOMENDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FORMA TOTAL O EN INDICACIONES CONCRETAS

6.1. RAZONES DE EFICACIA/EFFECTIVIDAD

Una revisión sistemática reciente (2) que compara la eficacia de la inyección de corticoides, la cirugía abierta y la liberación percutánea en el tratamiento del dedo en gatillo, encuentra que no hay diferencias en la tasa de fracasos (RR 0,93; IC95% 0,15 a 6,25) entre la liberación percutánea y la cirugía abierta.

Los pacientes tratados con liberación percutánea tenían una tasa de fracasos menor (RR 0,07; IC95% de 0,02 a 0,21) y un mayor nivel de satisfacción (RR 2,01; IC95% 1,62 a 2,48) que aquellos que fueron tratados con inyecciones de corticoesteroides.

Sin embargo, cabe destacar que el número de eventos registrado para cada desenlace fue muy bajo, así como el número de estudios y de pacientes incluidos, y que por ello los intervalos de confianza son realmente imprecisos, salvo para la diferencia entre el grado de satisfacción y la tasa de fracasos de la liberación percutánea versus la inyección de corticoides.

La guía de la *British Society for Surgery of the Hand* (3) y la guía europea sobre el manejo del dedo en gatillo basada en el consenso de expertos (4) recomiendan el tratamiento quirúrgico sólo en aquellos casos en los que no hay respuesta clínica al tratamiento conservador, o el paciente presenta síntomas graves que no pueden ser corregidos con otro método o el tratamiento con corticosteroides no está indicado. La justificación de este planteamiento es que ha descrito una tasa de recuperación espontánea del 29% (5) y una tasa de curación del 57% en pacientes tratados con infiltración de corticoides, que se incrementa al 86% con una segunda infiltración (6).

6.2. RAZONES DE SEGURIDAD

En la revisión sistemática de Wang (2) no se encuentran diferencias en la frecuencia de complicaciones (RR 0,83; IC95% de 0,15 a 4,72) entre la liberación percutánea y la cirugía abierta.

Asimismo, no se encontraron diferencias en la frecuencia de complicaciones entre la liberación percutánea y la inyección de corticoesteroides (RR 3,19; IC95% de 0,51 a 19,91).

7. BIBLIOGRAFÍA

(1) Croydon List: Reducing spending on low clinical value treatments. Audit Commission. Health briefing, April 2011.

<http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf>

(2) Wang J, Zhao JG, Liang CC. Percutaneous release, open surgery or corticosteroid injection, which is the best treatment method for trigger digits? *Clin Orthop Relat Res.* 2013;471(6):1879-86.

(3) British Society for Surgery of the Hand. BSSH Evidence for Surgical Treatment (BEST). Trigger Finger (Thumb). UK: British Society for Surgery of the Hand; 2013.

(4) Huisstede BM, Hoogvliet P, Coert JH, Friden J. Multidisciplinary consensus guideline for managing trigger finger: results from the European HANDGUIDE Study. *Phys Ther.* 2014;94(10):1421-33.

(5) Schofield CB, Citron ND. The natural history of adult trigger thumb. *J Hand Surg Br.* 1993;18(2):247-8.

(6) Sato ES, Gomes Dos Santos JB, Belloti JC, Albertoni WM, Faloppa F. Treatment of trigger finger: randomized clinical trial comparing the methods of corticosteroid injection, percutaneous release and open surgery. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(1):93-9.