



Preferencias para el tratamiento del dedo en gatillo del adulto: Censo a los cirujanos de mano colombianos agremiados

Preferences for the Treatment of Adult Trigger Finger: Census of Affiliated Colombian Hand Surgeons

Mónica Botero Bermúdez¹  Luis Alejandro García González¹  Francisco Javier Aguilar Sierra¹
María Cristina Rodríguez Ricardo² 

¹Departamento de Ortopedia y Traumatología, Facultad de Medicina, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

²Departamento de Ortopedia y Traumatología, Hospital Serena del Mar, Cartagena, Colombia

Dirección para correspondencia Mónica Botero Bermúdez, MD, Departamento de Ortopedia y Traumatología, Facultad de Medicina, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Tv 55 #103B-81, código postal: 11111, Bogotá, Colombia (e-mail: monica.botero@javeriana.edu.co).

Rev Iberam Cir Mano 2024;52(1):e16–e24.

Resumen

Palabras clave

- ▶ trastorno del dedo en gatillo
- ▶ encuestas y cuestionarios
- ▶ cirujanos
- ▶ testimonio de experto
- ▶ deformidades adquiridas de la mano

Introducción No existe una guía para el abordaje del dedo en gatillo. Este estudio caracteriza las perspectivas de los cirujanos de mano en Colombia frente al abordaje de esta enfermedad, pues se estima que sus preferencias constituyen actualmente un factor determinante en el manejo ofrecido.

Materiales y Métodos Estudio de corte transversal que incluyó el censo de cirujanos de mano agremiados durante el 2021 en Colombia. Se creó una encuesta junto a un grupo focal de cinco cirujanos la cual se distribuyó para su diligenciamiento en REDCap.

Resultados La tasa de respuesta fue de 81%. Múltiples factores clínicos son considerados para el diagnóstico. El manejo inicial predilecto es solamente una infiltración con corticoesteroides, excepto en pacientes diabéticos o con bloqueo del dedo, en quienes se prefiere operar, siendo la liberación abierta la técnica más popular. Se considera remisión de la enfermedad al cumplirse seis meses sin síntomas, siendo la satisfacción del paciente el desenlace más relevante.

Conclusión Las perspectivas de los cirujanos de mano divergen, así como los hallazgos en la literatura. Este estudio evidencia la necesidad de generar consensos frente al abordaje, teniendo en cuenta las características individuales relevantes de los pacientes y la experiencia de los cirujanos.

recibido

28 de mayo de 2023

aceptado

01 de abril de 2024

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-1787130>

ISSN 1698-8396.

© 2024. SECMA Foundation. All rights reserved.

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

Abstract

Introduction Currently, there is no guideline to address adult trigger finger. The present study aims to characterize the perspectives of hand surgeons in Colombia regarding the approach to this condition, as it is estimated that their preferences currently constitute a determining factor in the management provided.

Materials and Methods A cross-sectional study that included the census of affiliated hand surgeons during 2021 in Colombia. A survey was created in conjunction with a focus group of five hand surgeons, which was distributed for completion using REDCap.

Results The response rate was of 81%. Multiple clinical factors are considered for diagnosis. The preferred initial management is a single corticosteroid infiltration, except in diabetic patients or those with a finger fixed in flexion, in whom surgery is preferred, with open release being the most popular technique. Remission is considered to occur if the symptoms are absent for at least six months, and patient satisfaction is considered the most relevant outcome to measure.

Conclusion The perspectives of the surgeons are divergent, and so are the findings in the literature. The present study highlights the need to establish a consensus regarding the approach to trigger finger, considering the relevant individual characteristics of patients and the experience of the surgeons.

Keywords

- ▶ trigger finger disorder
- ▶ surveys and questionnaires
- ▶ surgeons
- ▶ expert testimony
- ▶ acquired hand deformities

Introducción

La tenosinovitis estenosante de los flexores, también llamada dedo en gatillo, es una patología usualmente idiopática en la que se produce una metaplasia fibrocartilaginosa a nivel de la vaina del tendón flexor de la mano, lo que genera un pinzamiento o atrapamiento de este en su transcurrir por la polea A1 a nivel de la cabeza del metacarpiano.¹⁻⁴ Se estima que esta condición tiene una prevalencia de 3% en la población general, aunque en diabéticos puede llegar a ser incluso de un 10 a 20%, y su presentación habitual suele describirse en mujeres a partir de la quinta década de la vida, siendo más común la afección del pulgar, del dedo anular y del dedo medio, aunque también puede presentarse en múltiples dedos simultáneamente.^{1,2,4-7} Clínicamente, se manifiesta con un engatillamiento del dedo asociado a hipersensibilidad a nivel de la articulación metacarpofalángica o interfalángica proximal, siendo evidente en ocasiones un nódulo palpable a nivel de la polea A1.^{1,7,8} Así mismo, puede producir dolor crónico, deformidad en el dedo, ruptura del tendón flexor y una importante limitación funcional, por lo que es clara la importancia de su manejo oportuno y adecuado.¹

Sin embargo, actualmente no existe un consenso en la literatura sobre el abordaje idóneo de esta enfermedad. En primer lugar, ninguna clasificación clínica ha probado ser superior para definir la severidad y el manejo, lo que explica también que se tengan en cuenta diferentes factores o características de los pacientes a la hora de elegir el tratamiento, realizar el seguimiento y predecir los desenlaces.⁹ Por otro lado, la utilidad del manejo no invasivo es motivo de controversia, por lo que el manejo inicial predilecto tiende a ser la infiltración con corticosteroides, aunque no es clara la conducta a seguir en el caso de una recidiva, y se considera que esta puede ser incluso variable en función del tiempo de evolución.^{1,9-12}

Adicionalmente, aún es necesario establecer en qué casos el manejo inicial más favorable es el quirúrgico, así como la técnica idónea (liberación abierta o percutánea, incisión transversa o longitudinal).⁶

Por lo anterior, y considerando además que tiende a existir un rezago en la acogida de la evidencia disponible, se presume que el manejo actual de los pacientes está permeado de manera importante por el criterio del especialista.¹³ Por esto, se plantea como objetivo del presente estudio caracterizar cuáles son las perspectivas y preferencias de los cirujanos de mano en Colombia frente al abordaje del dedo en gatillo del adulto, buscando esclarecer el panorama del manejo de esta patología en el país.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, siendo la población blanco todos los cirujanos de mano que se encontraban, para el primer semestre del año 2021, agremiados en la Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano (Asocimano) y/o al capítulo de mano de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCCOT). No fue necesario un cálculo de muestra, pues lo pretendido en este estudio fue realizar un censo.

Para evaluar las perspectivas de los cirujanos, se desarrolló una encuesta basada en la experiencia de los investigadores y la literatura disponible. Se recogieron variables demográficas consideradas relevantes, como la primera especialidad cursada, los años de experiencia, el sitio de práctica y la frecuencia de atención de pacientes con dedo en gatillo. Adicionalmente, se evaluó la perspectiva de los cirujanos respecto a tres temáticas relevantes: el abordaje (específicamente la pertinencia del uso de clasificaciones, las características a considerar para direccionar el manejo, los desenlaces a considerar en la evaluación y el tiempo de

espera para considerar remisión o recurrencia), el tratamiento no quirúrgico (opiniones sobre el uso de ortesis y la fisioterapia y sobre la infiltración en términos de su efectividad, complicaciones, número de inyecciones a ofrecer, corticosteroide de elección y conducta ante la recidiva) y el tratamiento quirúrgico (indicaciones de su elección, como manejo inicial, su uso en pacientes diabéticos, la preferencia sobre la técnica abierta o percutánea, sobre el tipo de anestesia y la perspectiva sobre el uso de ortesis durante el posoperatorio).

La encuesta resultante fue sometida a revisión por un grupo focal de cinco cirujanos de mano agremiados a las organizaciones de interés, que se consideran idóneos, dado que cumplían con los criterios de elegibilidad y puesto, que presentaban características heterogéneas del espectro poblacional, al contar con diferentes años de experiencia laboral en diferentes regiones del país y haber cursado diferentes posgrados (Ortopedia y Traumatología y Cirugía plástica). La **Gráfica 1** plasma la estructura general del instrumento final; sin embargo, la versión completa del mismo se encuentra en el **Anexo 1**.

Con la oportuna autorización, se obtuvieron las bases de datos de los miembros de Asocimano y de la SCCOT para distribuir la encuesta, y se contactó directamente a cada uno de los cirujanos para informarles sobre la justificación y los objetivos del estudio y solicitarles su participación, con el ánimo de disminuir el sesgo de selección de no respuesta. Por otro lado, para evitar el efecto Hawthorne, se enfatizó a los cirujanos que lo que se pretendía evaluar a través de la encuesta era su percepción y sus preferencias frente al manejo, no sus conocimientos teóricos.

La encuesta fue diligenciada directamente por los cirujanos de manera electrónica en la plataforma REDCap.

Se tomaron medidas para evitar duplicados de respuestas y datos faltantes, y se otorgó a los cirujanos tres meses para contestar antes de culminar la recolección de la información.

El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el lenguaje de programación R y R studio, mediante el paquete “pwr” (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria). Para las variables cualitativas, se realizaron cálculos de frecuencias absolutas y relativas, y, para las variables continuas, se utilizaron medidas de tendencia central y variabilidad. Así mismo, se realizó un análisis diferencial en función del tiempo de experiencia de los cirujanos y la primera especialidad cursada, y se calcularon diferencias entre estos dos grupos utilizando para las variables cualitativas el test de chi cuadrado (evaluando diferencias de proporciones) y, para las variables cuantitativas, el test de normalidad de Shapiro-wilk, y, posteriormente, el test de Wilcoxon (para la comparación de medias entre dos grupos), dado que ninguna variable tuvo una distribución normal. Se consideró una significancia previamente de 0.05.

Este estudio estuvo ceñido a los principios estipulados en la declaración de Helsinki y a las normas técnicas y científicas indicadas por el Ministerio de Salud colombiano para la conducción de estudios, según las cuales el presente trabajo, al ser clasificado como “sin riesgo”, no requirió un proceso de consentimiento informado, pero sí requirió la obtención de autorización del Comité de Ética del Hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá, Colombia.

Resultados

Para 2021, 154 cirujanos de mano se encontraban agremiados en Colombia, por lo que este estudio logró



Gráfica 1 Estructura de la encuesta administrada a los cirujanos de mano colombianos agremiados.

Tabla 1 Características demográficas de los cirujanos de mano colombianos agremiados

	Frecuencia absoluta y proporción	Mediana de años de experiencia	Práctica mixta (EPS, ARL, universitaria y/o privada)	Práctica privada	Práctica universitaria
Cirujanos de mano	125 (100%)	11	74,4%	11,2%	14,4%
Ortopedistas y traumatólogos	100 (80%)	11	73%	13%	14%
Cirujanos plásticos	25 (20%)	10	80%	4%	16%

Abreviaciones: ARL, Administradoras de Riesgos Laborales; EPS, Entidades Promotoras de Salud.

Departamento de práctica

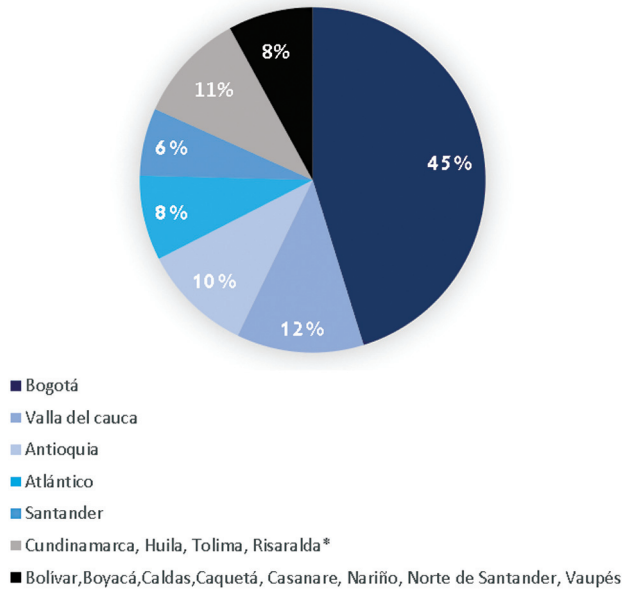


Gráfico 2 Proporción de cirujanos de mano en cada departamento de práctica.

incluir hasta 81% del censo esperado (125 cirujanos). Adicionalmente, se consideró que los encuestados se encontraban familiarizados con la atención del dedo en gatillo, pues 86% reportaron atender esta patología por lo menos 1 vez cada semana, y 14%, por lo menos 1 vez al mes. Las características demográficas de la población evaluada se describen en la ► **Tabla 1** y en la ► **Gráfico 2**.

A continuación, se reportan las opiniones frente a los tres aspectos de controversia en la literatura.

Perspectivas frente a la evaluación del dedo en gatillo

Como se evidencia en la ► **Tabla 2**, la mayoría de los cirujanos (72%) consideran necesario el uso rutinario de una clasificación clínica para definir la severidad y el tratamiento del dedo en gatillo. Si bien el instrumento de elección es motivo de controversia, es claro que los aspectos mínimos que este debería contemplar son la severidad del cuadro (90%), el tiempo de evolución (62%), la afección de múltiples dedos (49%) y la presencia de artritis reumatoide (44%), al ser estos los factores más relevantes para los cirujanos.

Adicionalmente, no existe un consenso sobre cuáles desenlaces deberían considerarse para establecer la

respuesta o falla al manejo, lo que se refleja en la distribución heterogénea de las variables en la ► **Tabla 2**. Sin embargo, llama la atención que, para la población general, el desarrollo de eventos adversos es el desenlace menos importante, siendo la infiltración con corticoesteroides el procedimiento con la mayor percepción de seguridad, y la liberación percutánea, el procedimiento considerado más inseguro.

Así mismo, es de resaltar la existencia de una diferencia en las respuestas de los cirujanos en función de su experticia, dado que mientras los cirujanos con más de 12 años de experiencia consideran que la satisfacción del paciente es el factor más importante para tener en cuenta, los cirujanos con menos de 11 años de experiencia priorizan el cese del bloqueo del dedo o posición fija del dedo, si esta se presentaba previamente.

Por otro lado, el tiempo de seguimiento requerido para considerar remisión de la enfermedad es, para la mayoría de los cirujanos, de mínimo 6 meses (68%), aunque un 32% considera que un seguimiento de menor tiempo puede ser suficiente. En este punto, se evidencia una tendencia mayor de los cirujanos plásticos a esperar más de 6 meses antes de considerar remisión en comparación a los ortopedistas (71% versus 54%, respectivamente).

Perspectivas frente al tratamiento conservador

El manejo conservador del dedo en gatillo incluye la terapia con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ortesis, ondas de choque, fisioterapia, modificación de la actividad y la inyección local con corticosteroides; sin embargo, no todas estas alternativas son aceptadas por los cirujanos colombianos, como muestra la ► **Tabla 3**.

Para 93% de los encuestados, las ortesis no tienen utilidad clínica en el paciente con dedo en gatillo, y solo un 7% las indica en el manejo rutinario, siendo preferido un régimen de uso nocturno por 1 a 12 semanas. Por otro lado, las perspectivas frente a la fisioterapia son divergentes: 30% no consideran que esté indicada nunca, 41% la indica ocasionalmente como manejo inicial suficiente, y solo para 25% debe hacer parte del manejo usual.

En contraste, 70% de los cirujanos apoyan la infiltración con corticoesteroides como manejo inicial, y la efectividad percibida de esta intervención es superior al 50% para más de la mitad de los encuestados (72%). Adicionalmente, el corticoide preferido para la infiltración es la triamcinolona (56%), seguido de la betametasona (22%), mientras que un 16% de cirujanos es indiferente al corticoesteroide usado.

Tabla 2 Frecuencias relativas de las perspectivas frente al abordaje del dedo en gatillo

Abordaje: evaluación inicial y seguimiento		n = 125
Uso rutinario de alguna clasificación		
Sí		72%
No		28%
Condiciones a considerar para el plan terapéutico		
Artritis reumatoide		44,40%
Múltiples dedos afectados		36,30%
Diabetes mellitus		34,70%
Ocupación del paciente		33,10%
Asociación con síndrome del túnel del carpo		28,20%
Ninguna condición		15,30%
Pulgar en gatillo		8,90%
El manejo inicial depende del tiempo de evolución		
Sí		62,40%
No		37,60%
El manejo inicial depende de la severidad del cuadro		
Sí		90,40%
No		9,60%
El manejo inicial cambia si hay múltiples dedos afectados		
Sí		48,80%
No		51,20%
Desenlaces para evaluar la respuesta al tratamiento		
Satisfacción del paciente		27,77%
Cese del bloqueo del dedo		27,77%
Cese del engatillamiento		22,22%
Dolor e hipersensibilidad		12,69%
Funcionalidad medida por el DASH		7,93%
Desarrollo de eventos adversos		1,58%
Procedimiento con la menor cantidad de efectos adversos percibidos		
Infiltración con corticoesteroide		48,80%
Liberación abierta		46,40%
Liberación percutánea		4,80%
Tiempo para considerar remisión		
Mínimo 2 semanas		2,50%
Mínimo 4 semanas		9,10%
Mínimo 6 semanas		6,60%
Mínimo 8 semanas		14%
Más de 6 meses		67,80%

Abreviación: DASH, cuestionario de Discapacidades Rápidas de Brazo, Hombro y Mano (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, en inglés).

Ahora bien, ante la presentación de una recidiva, los cirujanos consideran en promedio que solo debe administrarse una infiltración adicional, espaciada de la primera por, por lo menos, 17 días. Además, al analizar

esta opinión en función de los años de experiencia, los cirujanos que han ejercido la profesión por más de 12 años tienden a esperar menos tiempo para repetir el procedimiento que aquellos con menor experiencia.

La opinión sobre la conducta a tomar ante una recidiva varía además en función del tiempo que haya transcurrido desde la infiltración. Los cirujanos prefieren el procedimiento quirúrgico a repetir la infiltración si la recidiva ha ocurrido en un tiempo menor a 6 meses (80%). En contraste, si han transcurrido entre 6 y 12 meses desde la infiltración, el consenso es menor, pues solo 65% propone operar, y en caso de haber transcurrido más de un año, la cantidad de cirujanos que ofrece cirugía desciende a 51%.

Perspectivas frente al tratamiento quirúrgico

Independientemente de la técnica, el manejo quirúrgico es la elección inicial para los cirujanos cuando el paciente es diabético (liberación abierta), si se presenta bloqueo constante de dedo (61%), cuando es el deseo del paciente ser operado (51%), cuando hay múltiples dedos afectados (22%) o, para 12%, en la mayoría de los pacientes, independientemente de sus condiciones, tal como se evidencia en la **Tabla 4**.

La mayoría de los cirujanos prefieren la liberación abierta sobre la percutánea (74% realizan esta última en menos del 10% de sus casos), y la anestesia de elección es predominantemente la técnica Walant o la anestesia local con campo exangüe.

Adicionalmente, en concordancia con lo reportado en el manejo conservador, se evidencia también homogeneidad en la opinión de evitar el uso de ortesis durante el posoperatorio (98% de los cirujanos).

Discusión

A pesar de que el dedo en gatillo es una patología prevalente en la consulta de cirugía de mano, aún no existe un protocolo que oriente su abordaje y su manejo. Ante la falta de un consenso, las perspectivas y preferencias de los cirujanos de mano influyen de manera significativa en el manejo ofrecido, por lo cual se tuvo como objetivo en este estudio caracterizar las mismas en Colombia.

Para lograr este objetivo, se desarrolló una encuesta para explorar las opiniones frente a las principales controversias encontradas en la literatura. Este instrumento fue evaluado por un grupo focal representativo de la población, y se realizaron las modificaciones pertinentes antes de su administración. Aunque no se logró captar la totalidad de cirujanos agremiados, se obtuvo una tasa de respuesta alta (81%) en comparación a encuestas publicadas previamente, que han contado con tasas de respuesta inferiores (42–53%).¹⁴

Si bien las respuestas de los cirujanos pudieron haberse afectado por el efecto Hawthorne, se buscó controlar parcialmente su presencia, enfatizando a los participantes que no se deseaba evaluar su conocimiento sobre la literatura disponible ni estimar directamente sus acciones en la práctica clínica, sino medir su opinión frente a los ítems de

Tabla 3 Frecuencias relativas de las perspectivas frente al manejo conservador del dedo en gatillo

Manejo no quirúrgico	n = 125
Uso de ortesis en el manejo rutinario	
Sí	7,20%
No	92,80%
Protocolo de uso de la ortesis	
No indica usar ortesis	85,60%
Nocturno	7,20%
Solo al realizar actividades que generan engatillamiento	3,20%
Diurno	3,20%
A preferencia del paciente	0,80%
Semanas para considerar falla de manejo con ortesis	
Rango	0-12
Mediana (rango intercuartílico)	0 (0)
Media(±desviación estándar)	0,64(±1,99)
Uso de terapia física en manejo inicial	
Ocasionalmente	40,80%
Nunca	30,40%
Sí, a todos o casi todos los pacientes	24,80%
Cuando el cuadro es severo	4%
Manejo inicial con infiltración con corticoesteroides	
Siempre o casi siempre	60,80%
Si el cuadro clínico es severo	22,40%
Nunca o casi nunca	16,80%
Medicamento de preferencia para la infiltración	
Triamcinolona	56%
Betametasona	22,40%
Indiferente	16,80%
Metilprednisolona	3,20%
Dexametasona	1,60%
Efectividad percibida de la infiltración	
< 50%	27,20%
50-75%	42,40%
> 75%	30,40%
Recidiva de la infiltración con corticoesteroides	
Cuántos días espera para volver a infiltrar	
Rango	0-180
Mediana (rango intercuartílico)	0 (30)
Media(±desviación estándar)	17,37(±36,39)
Cuántas infiltraciones antes de operar	
Rango	0-3
Mediana (rango intercuartílico)	1 (1)
Media(±desviación estándar)	1,34(±0,69)

(Continued)

Tabla 3 (Continued)

Manejo no quirúrgico	n = 125
Si han transcurrido menos de 6 meses desde la infiltración	
Propone cirugía	79,80%
Repetir infiltración	20,20%
Si han transcurrido de 6 a 12 meses desde la infiltración	
Propone cirugía	64,80%
Repetir infiltración	35,20%
Si han transcurrido más de 12 meses desde la infiltración	
Propone cirugía	51,20%
Repetir infiltración	48,80%

la encuesta. Se considera que la heterogeneidad de las respuestas es un reflejo del grado de control que pudo lograrse sobre este sesgo.

La encuesta se estructuró en torno a tres aspectos: el abordaje de la patología, y las controversias sobre el manejo conservador y sobre el manejo quirúrgico, considerando que, frente a estas tres temáticas, podía existir divergencia en el criterio médico.

En primer lugar, se evaluó la percepción de la utilidad de las clasificaciones clínicas como método de estandarización y guía del abordaje. Si bien la mayoría de los cirujanos reportaron la favorabilidad de su uso, encuestas previas⁹ han mostrado que la tasa de implementación real de estos instrumentos es solo del 30%. Lo anterior se explica porque, aunque hasta cinco instrumentos han sido descritos en la literatura,^{4,9} no se ha definido aún la superioridad de ninguno según su valor predictivo.

Por otro lado, estos instrumentos no incluyen todas las variables que se han señalado en la literatura como importantes o predictivas, entre las que se incluyen características basales del paciente (la presencia de diabetes mellitus y la ocupación), así como hallazgos del examen físico que hablan de la severidad del cuadro (el compromiso del pulgar, la deformidad en flexión de la articulación interfalángica proximal, la lesión del tendón flexor) y la evolución del cuadro clínico (la duración mayor a dos años de los síntomas o el haber requerido más de dos o tres infiltraciones).^{15,16} Así mismo, no consideran otras variables adicionales que, bajo el criterio de los cirujanos colombianos, deberían ser tenidas en cuenta, como la presencia de artritis reumatoide, la afección de múltiples dedos o la asociación con síndrome del túnel del carpo.

Una vez instaurado el manejo, la mayoría de los cirujanos considera necesario esperar por lo menos seis meses para considerar que hay remisión del dedo en gatillo; sin embargo, no existen consensos en la literatura que establezcan las variables más importantes para definir si hay una respuesta favorable o no al tratamiento. Esto explica que ningún

Tabla 4 Frecuencias relativas de las perspectivas frente al manejo quirúrgico del dedo en gatillo

Manejo quirúrgico	n = 125
Liberación quirúrgica como manejo inicial	
Cuando hay bloqueo constante del dedo	60,50%
Por preferencia del paciente	50,80%
Cuando hay múltiples dedos afectados	21,80%
En la mayoría de los pacientes	12,10%
Casi nunca	11,30%
Manejo idóneo en diabéticos	
Liberación abierta	88,80%
Infiltración con corticoesteroide	4,80%
Liberación percutánea	4,00%
Uso de ortesis	2,40%
Frecuencia de uso de liberación percutánea	
Frecuentemente (> 50% de casos)	8,80%
Ocasionalmente (10–50% de los casos)	16,80%
Nunca (< 10% de los casos)	74,40%
Tipo de anestesia	
Anestesia local Walant	41,60%
Anestesia local con campo exangüe	41,60%
Anestesia regional	13,60%
Anestesia general	3,20%
Inmovilización con ortesis en el posoperatorio	
Sí	2,40%
*Menos de 2 semanas	1,60%
*Más de 4 semanas	0,80%
No	97,60%

desenlace de los propuestos tenga un porcentaje de aceptación superior al 30% entre los cirujanos, aunque se observa una tendencia a priorizar la satisfacción del paciente y la resolución de factores que indican severidad clínica, como el bloqueo del dedo.

Con respecto al tratamiento conservador, la literatura no respalda la monoterapia con AINES ni la terapia física para la resolución del engatillamiento, lo que se corresponde con la baja favorabilidad de los cirujanos colombianos frente a estos manejos.^{9,17} Así mismo, aunque las ortesis son preferidas por los pacientes sobre los manejos invasivos,¹⁸ su utilidad tampoco cuenta con suficiente evidencia, pues, mientras algunos estudios^{1,9,19–22} respaldan su uso, y aseguran una tasa de éxito entre el 53% y el 88%, otros estudios^{9,23} desmienten su efecto sobre los desenlaces. En consecuencia, la mayoría de los cirujanos de mano, independientemente de sus años de experiencia o especialidad primaria, consideran que la ortesis no tiene utilidad clínica para esta patología, sin importar cuál sea su régimen de uso.

Dentro del manejo conservador inicial, la infiltración con corticoesteroides es la más aceptada. Específicamente, 83%

de los encuestados respaldaron su uso, primordialmente con triamcinolona. Si bien este porcentaje de aceptación es cercano al reportado en otras sociedades de cirugía de mano, la literatura es aún divergente frente a la utilidad de la infiltración.¹⁴ Aunque en 2009 la colaboración de Cochrane reportó moderada evidencia para respaldar las infiltraciones con corticoesteroides, argumentando mayor efectividad que el uso de placebo o que la monoterapia con anestésico, estas conclusiones se obtuvieron únicamente de dos experimentos clínicos aleatorizados con metodología cuestionable, y que evaluaron la terapia esencialmente a corto plazo.^{4,17} Adicionalmente, un metaanálisis¹⁰ conducido en 10 experimentos clínicos durante el 2019 comparó la terapia con corticosteroides contra el resto de las alternativas terapéuticas (manejo quirúrgico y conservador), y concluyó que ambos grupos presentaban mejoría de los síntomas y complicaciones comparables, aunque la tasa de recidiva sí era significativamente mayor en aquellos pacientes manejados con infiltración con corticoesteroides (riesgo relativo [RR]: 19,53; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 6,23–61,19; $p = 0,000$).

Puede ser que la popularidad de las infiltraciones se explique dado que la mayoría de los cirujanos estima una tasa éxito superior al 50% con esta intervención; sin embargo, en un estudio previo,²⁴ se reportó una recurrencia a los 12 meses de la infiltración entre el 48% y el 65% de los pacientes, de los cuales hasta el 18% requirieron finalmente liberación quirúrgica.

En todo caso, si se elige este manejo y se presenta una recidiva, los cirujanos encuestados consideran en promedio que solo debe hacerse una repetición, y que el tiempo mínimo de espera antes de inyectar nuevamente corticoide debe ser en promedio de 17 días. Sin embargo, es necesario mencionar que esta decisión varía en función del tiempo transcurrido entre el tratamiento y la recidiva, pues se reporta una preferencia mayor por la intervención quirúrgica si la recidiva ha ocurrido en un tiempo menor a 6 meses, mientras que es casi equiparable la decisión de repetir la infiltración o proponer cirugía si ha transcurrido más de 1 año luego de la infiltración (49% y 51%, respectivamente).

Aunque no existen estudios que evalúen los desenlaces en función del número de infiltraciones administradas, la separación temporal entre estas, o su forma de administración (que puede ser subcutánea o dentro de la vaina del tendón), ni se han establecido detalladamente cuáles son las consideraciones para abandonar la terapia e intervenir quirúrgicamente a un paciente, el consenso europeo indica la realización de hasta tres infiltraciones, y los cirujanos norteamericanos reportan una preferencia de hasta dos infiltraciones antes de considerar refractariedad.^{9,17,24,25}

En general, esta podría ser una alternativa como manejo inicial, excepto en pacientes diabéticos, quienes tienden a tener una tasa inferior de respuesta, por lo que se prefiere la intervención quirúrgica como primera línea de manejo.^{1,24,26,27} Otros factores predictores de recidiva a tener en cuenta deben ser la presentación temprana, la presencia de múltiples dedos en gatillo, de diabetes mellitus y de otras tendinopatías en la extremidad superior.²⁴

Respecto al manejo quirúrgico, aunque puede presentar una tasa de cura de hasta 97%, no suele ser la primera línea de elección, pues acarrea grandes costos, prolonga el tiempo de retorno a las actividades del paciente, y puede traer complicaciones inherentes a cualquier manejo invasivo.^{4,6,9} Sin embargo, 60% de los cirujanos consideran que esta debe ser la intervención inicial cuando existe un bloqueo constante del dedo o si el paciente es diabético (89%).

Específicamente, existen dos modalidades quirúrgicas, siendo preferida en Colombia la liberación abierta sobre la percutánea, la cual se considera más riesgosa. Esta percepción se corresponde con la revisión realizada en el 2018 por Cochrane,⁶ en la cual se concluyó que el manejo con cirugía abierta generaba una reducción absoluta del riesgo de recurrencia a mediano y largo plazo del 29% en comparación a la inyección con corticosteroides, mientras que la cirugía percutánea no ofrecía ningún beneficio en cuanto a resolución y recurrencia del dedo en gatillo al ser comparada con la infiltración. Sin embargo, con la información disponible, no fue posible concluir cuál intervención presentaba menor tasa de eventos adversos, por lo que es necesario tener en cuenta que, aunque la técnica percutánea implica un menor tiempo quirúrgico y un retorno más rápido del paciente a sus actividades (por un menor riesgo de infección del sitio quirúrgico, cicatriz hipertrófica y dolor prolongado), no se puede ignorar el riesgo potencial de lesión de estructuras adyacentes al no permitir la visualización directa, como en la liberación abierta.^{6,7,9}

Por todo lo explicado anteriormente, aún se requieren estudios que guíen el abordaje del dedo en gatillo y que estandaricen en mayor medida su manejo, de manera que este no se ciña únicamente a las creencias del cirujano, sino que recaiga también en la medicina basada en la evidencia. De esta manera, esta encuesta puso en evidencia que se requieren estudios que evalúen el valor predictivo de las clasificaciones existentes, así como validar nuevos instrumentos que consideren no solo los hallazgos del examen físico, sino también factores clínicos inherentes al cuadro clínico del paciente que son relevantes para los cirujanos.

Por otro lado, respecto al tratamiento, se requiere evaluar la efectividad de la triamcinolona frente a otros medicamentos y definir cuál es el máximo número de infiltraciones que es adecuado ofrecer a un paciente con dedo en gatillo, qué tan espaciadas deberían ser las infiltraciones y qué influencia tiene en los desenlaces el tiempo transcurrido desde la intervención inicial.

Por último, se considera necesario también caracterizar las preferencias de los pacientes en Colombia frente a los manejos conservadores y quirúrgicos, considerando que estas opiniones constituyen un pilar para tener en cuenta en la construcción de una guía de manejo.

Conclusión

Aunque el dedo en gatillo es una patología frecuente en la consulta de cirugía de mano, actualmente no existe una guía de práctica clínica que genere un consenso frente a su manejo

y seguimiento, por lo cual se estima que el abordaje que los pacientes colombianos reciben depende en amplia medida de las perspectivas de los cirujanos de mano. La divergencia en las perspectivas de los cirujanos acá plasmada se explica principalmente por la falta de un consenso en la evidencia disponible. Por tanto, se requieren estudios que permitan unificar las perspectivas de los cirujanos de mano en cuanto al algoritmo de manejo del dedo en gatillo, sin dejar de lado la importancia de individualizar el manejo según la severidad del cuadro clínico, la duración de la enfermedad, los tratamientos previos administrados y, en general, la experiencia del cirujano y las preferencias personales del paciente.^{9,18}

Conflicto de Intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses que declarar.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a la Universidad Javeriana, por proporcionar los recursos y las instalaciones necesarias para llevar a cabo este estudio. Así mismo, agradecemos a Asocimano y a los directivos del capítulo de mano de la SCCOT, por proporcionar las bases de datos de los cirujanos con este propósito únicamente académico. Finalmente, agradecemos a todos los cirujanos de mano participantes que voluntariamente se ofrecieron a formar parte de este estudio.

Referencias

- Lunsford D, Valdes K, Hengy S. Conservative management of trigger finger: A systematic review. *J Hand Ther* 2019;32(02): 212–221
- Moore JS. Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb). *J Occup Environ Med* 2000;42(05):526–545
- Sbernadori MC, Bandiera P. Histopathology of the A1 pulley in adult trigger fingers. *J Hand Surg Eur Vol* 2007;32(05):556–559
- Peters-Veluthamaningal C, van der Windt DA, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for trigger finger in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(01):CD005617
- Kameyama M, Funae O, Meguro S, Atsumi Y. HbA1c values determine the outcome of intrasheath injection of triamcinolone for diabetic flexor tenosynovitis. *Diabetes Care* 2006;29(11):2512–2514
- Fiorini HJ, Tamaoki MJ, Lenza M, Gomes Dos Santos JB, Faloppa F, Belloti JC. Surgery for trigger finger. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2(02):CD009860
- Calandruccio JH. Carpal tunnel syndrome, ulnar tunnel syndrome and stenosing tenosynovitis. In: *Campbell's operative orthopaedics*. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017:3750–3772
- Kozin SH. Deformities of the thumb. In: *Green's operative hand surgery*. Seventh Ed. Philadelphia: Elsevier; 2011:1289–12327
- Huisstede BM, Hoogvliet P, Coert JH, Fridén J. European HANDGUIDE Group. Multidisciplinary consensus guideline for managing trigger finger: results from the European HANDGUIDE Study. *Phys Ther* 2014;94(10):1421–1433
- Ma S, Wang C, Li J, Zhang Z, Yu Y, Lv F. Efficacy of Corticosteroid Injection for Treatment of Trigger Finger: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Invest Surg* 2019;32(05):433–441
- Salim N, Abdullah S, Sapuan J, Hafiah NHM. Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers. *J Hand Surg Eur Vol* 2012;37(01):27–34

- 12 Shen PC, Chou SH, Lu CC, et al. Comparative effectiveness of various treatment strategies for trigger finger by pairwise meta-analysis. *Clin Rehabil* 2020;34(09):1217-1229
- 13 Billig JI, Speth KA, Nasser JS, Wang L, Chung KC. Assessment of Surgeon Variation in Adherence to Evidence-Based Recommendations for Treatment of Trigger Finger. *JAMA Netw Open* 2019;2(10):e1912960
- 14 Pruzansky JS, Goljan P, Lundmark DP, Shin EK, Jacoby SM, Osterman AL. Treatment preferences for trigger digit by members of the American Association for Hand Surgery. *Hand (N Y)* 2014;9(04):529-533. Doi: 10.1007/s11552-013-9594-6
- 15 Atthakomol P, Manosroi W, Sathiraleela K, et al. Prognostic factors related to recurrence of trigger finger after open surgical release in adults. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2023;83:352-357
- 16 Sato J, Ishii Y, Noguchi H. Predictive factors associated with proximal interphalangeal joint contracture in trigger finger. *J Hand Surg Eur Vol* 2020;45(10):1106-1108
- 17 Huisstede BM, Gladdines S, Randsdorp MS, Koes BW. Effectiveness of Conservative, Surgical, and Postsurgical Interventions for Trigger Finger, Dupuytren Disease, and De Quervain Disease: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99(08):1635-1649.e21
- 18 Döring ACD, Hageman MGJS, Mulder FJ, Guitton TG, Ring D. Science of Variation Group Science of Variation Group. Trigger finger: assessment of surgeon and patient preferences and priorities for decision making. *J Hand Surg Am* 2014;39(11):2208-13.e2
- 19 Drijkoningen T, van Berckel M, Becker SJE, Ring DC, Mudgal CS. Night splinting for idiopathic trigger digits. *Hand (N Y)* 2018;13(05):558-562
- 20 Colbourn J, Heath N, Manary S, Pacifico D. Effectiveness of splinting for the treatment of trigger finger. *J Hand Ther* 2008; 21(04):336-343
- 21 Tarbhai K, Hannah S, von Schroeder HP. Trigger finger treatment: a comparison of 2 splint designs. *J Hand Surg Am* 2012;37(02): 243-249, 249.e1
- 22 Langer D, Luria S, Maeir A, Erez A. Occupation-based assessments and treatments of trigger finger: a survey of occupational therapists from Israel and the United States. *Occup Ther Int* 2014;21(04):143-155
- 23 Amirfeyz R, McNinch R, Watts A, et al. Evidence-based management of adult trigger digits. *J Hand Surg Eur Vol* 2017; 42(05):473-480
- 24 Rozental TD, Zurakowski D, Blazar PE. Trigger finger: prognostic indicators of recurrence following corticosteroid injection. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90(08):1665-1672
- 25 Ring D, Lozano-Calderón S, Shin R, Bastian P, Mudgal C, Jupiter J. A prospective randomized controlled trial of injection of dexamethasone versus triamcinolone for idiopathic trigger finger. *J Hand Surg Am* 2008;33(04):516-522, discussion 523-524
- 26 Luther GA, Murthy P, Blazar PE. Cost of Immediate Surgery Versus Non-operative Treatment for Trigger Finger in Diabetic Patients. *J Hand Surg Am* 2016;41(11):1056-1063
- 27 Baumgarten KM, Gerlach D, Boyer MI. Corticosteroid injection in diabetic patients with trigger finger. A prospective, randomized, controlled double-blinded study. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89(12):2604-2611