

MANEJO EFICAZ EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PATOLOGÍA DE LA MANO.

Autores: Jódar Graus, Rosa (1); Santamaría Godoy, Aurora (2); Sánchez, Sánchez, Jose Carlos (3); Rodríguez Rodríguez, Violeta (4); Tusa, Claudio (5); Sánchez baños, María Ascensión (2)
(1) Hospital universitario complejo granada, (2) Centro de salud Ejido Sur, (3) Hospital de Poniente, (4) Centro de salud Puebla de Vúcar; (5) Centro de salud Santo Domingo

Introducción:

El dedo en resorte o tenosinovitis estenosante de los tendones flexores es una enfermedad en la cual los tendones flexores de los dedos de la mano se ven atrapados por las poleas que los contienen, produciendo un salto doloroso característico.



Descripción del caso:

Mujer de 47 años intervenida de Síndrome de Túnel carpiano derecho en 2008 e izquierdo en marzo de 2014 que refiere pinchazo en palma de mano (zona de cicatriz) con dolor incapacitante irradiado hacia primer dedo. Trabaja como embaladora.

En el recorrido del flexor del primer dedo se palpa una tumoración móvil con la flexoextensión que salta en su paso por la primera polea.

En resonancia magnética se habla de un cuerpo extraño en cicatriz y la ecografía que rechaza dicha suposición.

Los electromiogramas previos a cirugía confirman el diagnóstico de síndrome del Túnel carpiano y los posteriores describen liberación del nervio.

Se descartan complicaciones quirúrgicas planteando cuadro de pulgar en resorte.

Se realiza con infiltración local en zona peritendinosa con mepivacaina. A los 30 días la paciente refiere encontrarse asintomática.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Las actividades manuales repetitivas se asocian frecuentemente con patologías por sobrecarga. Son frecuentes los síndromes de compresión nerviosa como el síndrome del túnel del carpo, y también las tendinitis y tendinosis, entre las que cabe considerar la epicondilitis y epitrocleitis, las tendinitis de los flexores de la mano que originan la patología del dedo en resorte, y la tendinitis de Quervain.

Con mucha frecuencia se presentan varias de estas patologías de forma asociada en un mismo paciente. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Y el manejo de técnicas básicas de infiltración puede solucionar eficazmente algunos de estos cuadros, como en el caso descrito.

BIBLIOGRAFÍA: Baumgarten KM, Gerlach D, Boyer MI (2007) Corticosteroid injection in diabetic patients with trigger finger. J Bone Joint Surg Am 89:2604–2611
Benson LS, Ptaszek AJ (1997) Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. J Hand Surg Am 22:138–144
Brito JL, Rozental TD (2010) Corticosteroid injection for idiopathic trigger finger. J Hand Surg Am 35:831–833

