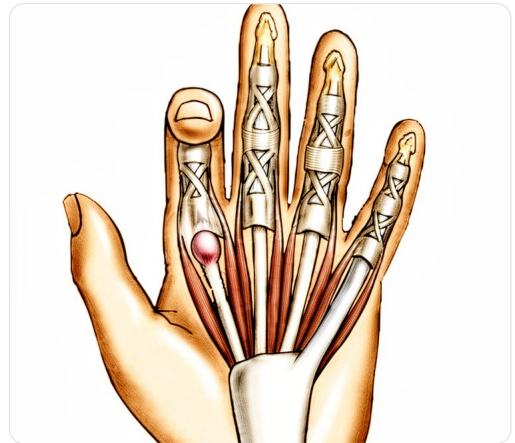


Liberación de dedo en gatillo

Liberación del dedo en gatillo: mediante una pequeña incisión en la base del dedo, el cirujano secciona la polea A1 (la banda tensa contra la cual se atascaba el tendón inflamado). Una vez seccionada, el tendón vuelve a deslizarse libremente.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por valorar las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen. Esto nos permite determinar qué está causando que su dedo o pulgar se trabe o se bloquee.

El dedo en gatillo se produce cuando un tendón del dedo o pulgar se atasca al deslizarse por un túnel estrecho en la palma de la mano. En primer lugar, se suelen aplicar tratamientos no quirúrgicos, como el uso de férula, terapia de la mano o una inyección de esteroides (un medicamento que se administra cerca del tendón para reducir la inflamación). Consideramos la cirugía cuando estos tratamientos no logran mejoría suficiente, o cuando el dedo queda atrapado en una posición doblada que ya no se puede enderezar.

La operación consiste en una liberación: se realiza una única incisión en la zona a tratar y se abre la parte estrecha del túnel para que el tendón pueda deslizarse libremente. Aproximadamente el 97% de los pacientes experimentan una resolución completa del problema tras la cirugía. El objetivo es lograr que el dedo o pulgar se mueva sin dificultad, sin trabarse, bloquearse ni causar dolor.

Antes de la operación

La mayoría de las personas apenas necesitan preparación. Se le indicará que no debe comer ni beber durante siete horas antes de la cirugía. Pedimos que sean siete horas en lugar de seis para poder adelantar su turno si la lista de cirugías avanza antes de lo previsto. Su cirujano le indicará qué medicamentos debe suspender y cuándo,

y usted deberá llevar una lista por escrito de todos los fármacos que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después de la intervención, y el día de la operación use ropa holgada y cómoda. En ocasiones se solicitan estudios de imagen como radiografías, resonancia magnética o ecografías con antelación para ayudar a planificar la cirugía. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesta (el médico encargado de administrar la anestesia); sin embargo, la mayoría de las personas no requieren nada de esto.

El día de la intervención

Llega a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Conocerá al anestesta (el médico encargado de administrar la anestesia). Esta operación puede realizarse con anestesia local (una inyección que adormece únicamente la zona de la intervención, mientras el paciente permanece despierto) o con anestesia general (el paciente queda completamente dormido). La mayoría de las personas optan por la anestesia local: la recuperación es más rápida y pueden volver a casa poco después. Si prefiere estar dormido, también es una opción válida; hable de ello con su cirujano y con el anestesta.

A continuación, se le llevará al quirófano, donde se realiza la operación. Después, despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y su recuperación. La mayoría de los pacientes que se someten a esta operación regresan a casa el mismo día. Lleve consigo al conductor que organizó en la sección anterior y siga todas las indicaciones que le den las enfermeras respecto a su mano antes de irse.

¿En qué consiste la operación?

La operación se denomina liberación del dedo en gatillo. El cirujano realiza una única incisión en la zona a operar, generalmente de unos 2 cm de longitud. A través de esta incisión, el cirujano accede a la zona estrecha del túnel en la palma por donde se desliza el tendón. La banda de tejido tensa se abre cuidadosamente, aproximadamente 1 cm a la vez, hasta que el tendón pueda moverse libremente. Posteriormente, el cirujano verifica que el dedo o el pulgar se flexione y extienda sin dificultad ni bloqueos.

En el caso del pulgar en gatillo, solo es necesario liberar una banda tensa. En los dedos, también puede ser preciso abrir una segunda banda cercana. El cirujano actúa con sumo cuidado para proteger los nervios adyacentes y dejar intactas las capas de tejido de soporte más profundas, pues estas son esenciales para el correcto funcionamiento del tendón.

Una vez finalizada la liberación, la herida se cierra con puntos de sutura. A continuación, se coloca un vendaje de compresión sobre la mano. Deberá mantener este vendaje durante unos 10 días; los puntos se retiran entre los días 10 y 14. Se recomienda utilizar el dedo o el pulgar de forma normal desde el primer momento.

Si padece artritis reumatoide (una enfermedad que provoca inflamación articular), el procedimiento podría variar ligeramente. En ese caso, el cirujano podría extirpar una pequeña porción del tendón en lugar de liberar

la banda tensa, ya que esta liberación podría hacer que el dedo se desvíe lateralmente con el tiempo. Antes de obtener su consentimiento, el cirujano le explicará el plan específico para su mano.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras el efecto de la anestesia desaparece. Este es un procedimiento ambulatorio, por lo que podrá volver a casa el mismo día. En su mano se colocará un vendaje de compresión (un vendaje firme); podrá mover el dedo o el pulgar de inmediato. Es normal sentir algo de molestia durante el primer o segundo día; por lo general, los analgésicos de venta libre recomendados por el farmacéutico o el médico son suficientes. Pídale a alguien que lo acompañe durante las primeras 24 horas. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando venga a la consulta. La mayoría de las personas vuelven a conducir en una o dos semanas, una vez que la herida no les causa molestias y pueden agarrar el volante y girarlo sin proteger la mano.

Recuperación

La mayoría de las personas se sorprenden de lo rápido que la mano se recupera. Durante los primeros días, la zona alrededor de la incisión estará adolorida y ligeramente hinchada. Por lo general, los analgésicos de venta libre recomendados por el farmacéutico o el médico son suficientes para mantener el confort; además, mantener la mano elevada sobre una almohada mientras se está sentado o descansando ayuda a reducir la hinchazón. Es posible que la sensibilidad alrededor de la cicatriz persista más tiempo que el resto, pero disminuye a medida que la herida madura.

Podrá mover el dedo o el pulgar de inmediato; de hecho, se recomienda su uso normal desde el principio. No es necesario usar ninguna férula o soporte; solo el vendaje, que dejamos puesto durante unos 10 días. En su siguiente consulta, lo cambiaremos o lo retiraremos y retiraremos los puntos de sutura. La terapia de la mano posterior a la cirugía la llevará a cabo Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby le guiará en ejercicios sencillos que permiten que el dedo se flexione y extienda sin problemas; además, puede confeccionar una férula si su mano la necesita.

Podrá realizar la mayoría de las actividades domésticas en cuanto se sienta capaz: comer, vestirse, teclear y tareas ligeras en casa. Evite agarrar objetos con fuerza, levantar pesos y exponer la mano a entornos sucios o húmedos hasta que la herida haya cicatrizado. Una vez que pueda agarrar objetos y girar el volante sin proteger la mano, normalmente podrá volver a conducir; consulte nuestra página sobre [conducción tras una cirugía de miembro superior](#).

La recuperación varía según cada persona, por lo que su cronograma puede ser distinto. Su cirujano y su terapeuta lo guiarán durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier incidencia a tiempo.

Los problemas más frecuentes son leves y se relacionan con la herida, o bien el dedo puede sentirse rígido durante un tiempo. Es posible que note cierta molestia persistente, hinchazón, o que el dedo no se doble con la libertad esperada en las primeras semanas. Si esto no mejora, coménteles al médico en su próxima revisión.

Las infecciones son poco comunes, pero es importante conocer sus señales. Esté atento a cualquier enrojecimiento que se extienda desde la incisión, aumento del dolor, calor en la zona o secreción. Una infección profunda puede provocar un dolor intenso y pulsátil que no cede con analgésicos comunes, y usted podría sentirse mal. Si observa cualquiera de estos síntomas, llame a la clínica de inmediato en lugar de esperar a su próxima cita.

En ocasiones, un nervio cercano a la zona quirúrgica puede irritarse. Esto se manifiesta como entumecimiento, hormigueo o sensación de “agujas y alfileres” en parte del dedo o el pulgar. Al principio, cierto entumecimiento en el borde de la herida es normal; sin embargo, si persiste o se extiende, hágalo saber en su revisión.

En un pequeño número de personas, el fenómeno de “disparo” puede reaparecer. Si el dedo vuelve a atascarse o “disparar” después de haber mejorado, infórmenos en su seguimiento.

Algunas personas desarrollan rigidez en el dedo, de modo que este no se endereza ni dobla por completo, aun cuando el problema de “disparo” ya haya desaparecido. Los ejercicios de terapia de la mano ayudan a prevenir esto; por ello, siga realizando los movimientos que Ruby le haya enseñado. Si el dedo parece volverse más rígido en lugar de más flexible, avíselo a su terapeuta o cirujano cuanto antes.

Si su dedo presentaba el problema de “disparo” desde hace mucho tiempo, la articulación central del dedo puede seguir doliendo incluso después de la cirugía. Esta molestia suele mejorar de forma gradual, no de inmediato.

Por último, la cirugía para el dedo en gatillo conlleva un riesgo reducido de desarrollar la enfermedad de Dupuytren, una afección en la que se forman cordones duros en la palma que obligan a los dedos a permanecer doblados. Si posteriormente nota engrosamientos o bultos en la palma, haga que lo examinen.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo debemos ser contactados?

Llame a la clínica de inmediato si tiene fiebre, o si el enrojecimiento, el calor o el exudado alrededor de la herida empeoran. Comuníquese con nosotros si el dolor se vuelve repentinamente intenso, o si el entumecimiento o los hormigueos se extienden y no desaparecen. Acuda a urgencias si presenta hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar, ya que estos pueden ser signos de un coágulo sanguíneo. Acuda a urgencias si no puede mover el dedo o el pulgar en absoluto, o si la mano se vuelve fría o pálida.

¿Dónde leer más sobre esta afección?

Esta página trata sobre la intervención quirúrgica en sí. La afección que se trata, incluyendo lo que demuestran las evidencias sobre cuándo la cirugía es útil y cuándo no, se explica con mayor detalle en la página de [Dedos en gatillo](#).