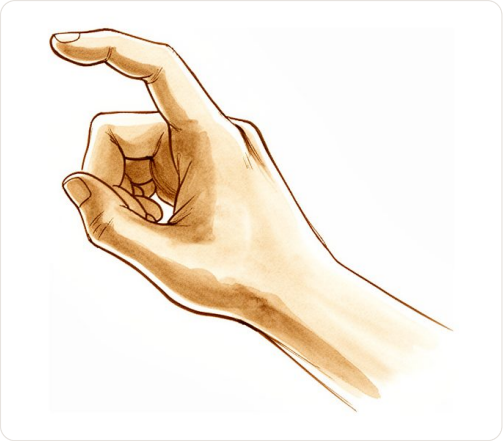
CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Dedo en gatillo

Dedo en gatillo: el dedo se atasca o queda bloqueado al doblarse.

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.

Qué está sintiendo

El dedo en gatillo afecta a los tendones que doblan el dedo o el pulgar. Estos tendones se deslizan a través de un túnel estrecho en la palma llamado polea. Cuando el tendón se engrosa, se traba al pasar por ese túnel. Usted siente dolor y sensibilidad en la palma, en la base del dedo o pulgar afectado. Algunas personas notan allí un pequeño bulto o nudo en la palma. Ese bulto es la parte engrosada del tendón o de su túnel, y se mueve cuando se mueve el tendón.

La traba suele empezar como una molestia leve y va aumentando a lo largo de semanas. Al principio, es posible que el dedo haga clic o se trabe al doblarlo y enderezarlo, y que necesite enderezarlo con la otra mano. A medida que empeora, el dedo puede bloquearse en posición doblada y quedarse así. Muchas personas notan que está más rígido al despertar, y que el dedo se va soltando a medida que lo mueven durante el día. Agarrar y hacer pinza es lo que lo agrava, por lo que tareas como sujetar el volante, llevar bolsas de la compra, usar tijeras o agarrar la tapa de un frasco pueden resultar incómodas. Algunas personas también sienten dolor en el dorso del nudillo o de la articulación media del mismo dedo, aunque el problema está en la palma.

El dedo en gatillo es frecuente. Afecta a entre el 2 % y el 3 % de las personas, más a menudo a las mujeres que a los hombres, y suele aparecer después de los 45 años. Si hay más de un dedo con gatillo, conviene comentárselo a su cirujano, ya que puede estar relacionado con otras afecciones como la diabetes. Asimismo, el dedo en gatillo suele aparecer junto con el síndrome del túnel carpiano, que provoca hormigueo o entumecimiento en la mano, y ambos se presentan a la vez en entre el 40 % y el 60 % de las personas con dedo en gatillo.

Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

Los tendones que doblan el dedo son como cuerdas que pasan por una serie de lazos guía en la palma y en el dedo. El primero de estos lazos se encuentra en la palma, en la base del dedo. Se llama polea A1. Cuando usted agarra o aprieta de forma repetida, el tendón puede irritarse en el punto donde se desliza a través de ese lazo. La zona irritada se engrosa, de modo que la cuerda ya no se desliza con suavidad. En cambio, se amontona y luego pasa a la fuerza por el lazo estrechado, y eso es la traba o el chasquido que usted siente.

La zona engrosada del tendón suele ser un pequeño nódulo, un nudo de tejido alterado algo más ancho que el resto de la cuerda. Cada vez que dobla el dedo, ese nudo tiene que pasar apretado por debajo de la polea. Se desliza con un clic y luego se traba en el otro lado cuando intenta enderezarlo. Por eso el dedo puede quedar bloqueado en posición doblada y necesitar la otra mano para liberarlo, y por eso el problema se nota peor por la mañana, después de una noche con el dedo en reposo en posición doblada.

Los médicos describen el grado de avance en cuatro etapas. La primera es dolor y sensibilidad en la palma, a la altura de ese primer lazo. La segunda añade la traba del dedo. La tercera es un bloqueo que todavía se puede enderezar empujándolo con la otra mano. La cuarta es un dedo atascado en posición doblada que ya no se puede enderezar en absoluto. Las etapas iniciales suelen mejorar con tratamientos más sencillos, mientras que un dedo bloqueado normalmente necesita un pequeño procedimiento para abrir la polea y que el tendón pueda volver a deslizarse.

Hay varios factores que hacen más probable este engrosamiento. El agarre firme y repetido influye, por eso es frecuente en los remeros y en otras personas que someten su agarre a mucha carga. También está relacionado con afecciones como la diabetes, el hipotiroidismo (tiroides poco activa), la gota y la artritis reumatoide, en las que el tejido que rodea el tendón se inflama o cambia de maneras que estrechan el túnel. Si varios dedos tienen gatillo a la vez, conviene señalar ese patrón, ya que puede indicar una de estas afecciones subyacentes.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con 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 consultarnos, 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 solicitamos estudios de imagen solo si van a cambiar el plan. Ante un problema de larga evolución como este, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico y consideramos la cirugía cuando este no ha aportado suficiente mejoría.

El primer paso es calmar la mano. Cambiar la forma de agarrar y reducir las tareas que cargan la palma, como llevar mucho peso o apretar con fuerza, le da al tendón irritado la oportunidad de calmarse. La terapia de la mano tiene como objetivo recuperar el deslizamiento suave del tendón a través de la polea y mantener en movimiento las articulaciones del dedo. Una férula que mantenga el dedo inmóvil puede formar parte de este tratamiento, y funciona mejor cuando se usa el tiempo suficiente: inmovilizar una sola articulación durante 6 a

10 semanas es la duración que respalda la evidencia, más de lo que la mayoría de la gente espera. Dé a estas medidas una prueba justa durante varias semanas antes de juzgarlas.

Si las medidas sencillas no han calmado el problema, el siguiente paso habitual es una inyección de cortisona en el túnel del tendón. La cortisona reduce la hinchazón y el engrosamiento que hacen que el tendón se trabe. Las personas con diabetes suelen responder peor a las inyecciones de cortisona, algo que conviene saber al elegir entre las opciones. La mayoría de las personas espera que la inyección duela más de lo que realmente duele, y después dicen que fue más fácil de lo que se habían preparado.

La cirugía se considera cuando el dedo sigue bloqueado, o cuando las inyecciones y las férulas no han aportado suficiente mejoría. La operación libera la polea estrecha en la base del dedo para que el tendón pueda volver a deslizarse libremente. Se realiza a través de una pequeña incisión en la palma, y es un procedimiento sencillo y bien establecido. Hablaremos con usted sobre si es adecuado en su caso y decidiremos juntos. Después, su rehabilitación es terapia de la mano con Ruby Doolan en Extend Rehabilitation; ella le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite.

Qué esperar

El dedo en gatillo rara vez vuelve a la normalidad por sí solo una vez que el dedo se traba o se bloquea. Al principio, cuando solo hay dolor y sensibilidad en la palma, tratamientos más sencillos como cambiar la forma de agarrar, la terapia de la mano y una férula pueden calmar el problema. La férula tiene que usarse el tiempo suficiente para que funcione: para una sola articulación, de 6 a 10 semanas es la duración que respalda la evidencia. Si esas medidas no han ayudado, una inyección de cortisona en el túnel del tendón resuelve el problema en poco más de la mitad de las personas, por lo que una segunda inyección o pasar a la cirugía es un siguiente paso normal y no una señal de que algo haya salido mal.

Cuando el dedo ha llegado a la etapa de bloqueo, la liberación de la polea estrecha es el tratamiento que actúa sobre la causa. El tendón puede entonces volver a deslizarse por el túnel, y se recomienda usar el dedo o el pulgar con normalidad después. La mayoría de las personas se alegran de habérselo hecho. Aun así, conviene conocer con franqueza la letra pequeña. Alrededor de 1 de cada 20 dedos presenta después un problema leve y pasajero, con mayor frecuencia dolor, rigidez o hinchazón alrededor de la herida. La rigidez duradera se produce en alrededor del 8,6 % de las personas, y el retraso en la cicatrización de la herida en el 1,2 %. Los problemas graves, como una lesión nerviosa o una infección profunda, son poco frecuentes: la lesión nerviosa o el entumecimiento duradero se produce en el 0,6 %, y la infección de la herida quirúrgica en el 2,1 %. Alrededor de 1 de cada 200 dedos necesita una segunda operación, y el gatillo reaparece en el 2,2 %.

Hay algunos factores que influyen en su pronóstico. Si la articulación media del dedo le ha dolido durante mucho tiempo antes del tratamiento, ese dolor articular puede no desaparecer por completo incluso después de liberar la polea. Liberar varios dedos a la vez suele implicar más dolor y rigidez después de la operación que liberar un solo dedo. Y las personas que se operan en el plazo de un mes tras una inyección de cortisona tienen más probabilidades de sufrir una infección de la herida después, algo que conviene tener en cuenta al decidir el momento.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Si su dedo se vuelve caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día. Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si un dedo o el pulgar se traba, se bloquea en posición doblada o necesita la otra mano para enderezarlo. Lo mismo se aplica si tiene un bulto sensible en la palma que se mueve con el tendón, o si la traba le impide agarrar, trabajar o dormir. Si hay más de un dedo con gatillo, coméntelo también, ya que puede indicar una afección subyacente como la diabetes. Esto es aún más importante en un niño: el gatillo en más de un dedo o pulgar, o un gatillo acompañado de hormigueo o entumecimiento, requiere una valoración por un especialista en lugar de una actitud de esperar y observar. Acuda a un servicio de urgencias ese mismo día si su dedo se vuelve caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, o si sus dedos se vuelven pálidos, fríos, blancos o azules.

En profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Vale la pena leer más sobre el dedo en gatillo, ya que el tratamiento de primera línea tiene éxito en poco más de la mitad de los casos; una cifra que rara vez se menciona. Además, en niños el mismo cuadro clínico implica algo lo suficientemente distinto como para requerir un enfoque diagnóstico diferente.

LA INYECCIÓN FUNCIONA; LA CIFRA REAL ES DEL 57%

La inyección de corticoides constituye la primera intervención estándar y, por lo general, se describe simplemente como eficaz. La cifra global obtenida de estudios de nivel I y II es más precisa: **las inyecciones de corticoides son eficaces en el 57 % de los pacientes** que padecen dedo en gatillo. A pesar de las limitaciones de dichos estudios, este tratamiento sigue siendo recomendado como primera opción por su sencillez y por el alivio sintomático que proporciona [1].

Es útil conocer ese 57 % antes de someterse al procedimiento. Esto permite entender que una segunda inyección, o la decisión de optar por la cirugía, son resultados esperados para una parte importante de los pacientes, y no indican que algo haya salido mal.

EL USO DE FÉRULAS ES UNA ALTERNATIVA VÁLIDA; ADEMÁS, EL TIEMPO DE USO ES MAYOR DE LO QUE LA MAYORÍA SUPONE

Cuando las inyecciones no son adecuadas –por ejemplo, en pacientes diabéticos, donde pueden alterar el control glucémico–, el tratamiento ortopédico cuenta con una base de evidencia razonable. Los estudios coinciden en que los resultados fueron similares **independientemente de qué articulación se inmovilizara**, por lo que se recomienda **inmovilizar una sola articulación durante 6 a 10 semanas** [2].

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Ese período de tiempo es precisamente lo que la gente subestima. Una férula usada tan solo durante dos semanas no constituye una verdadera prueba de su eficacia.

LIBERACIÓN QUIRÚRGICA: EL DEBATE SOBRE LA TÉCNICA YA SE HA RESUELTO; EL DEBATE SOBRE EL ABORDAJE, NO

La liberación de la polea A1 puede realizarse de forma abierta, mediante una pequeña incisión bajo visión directa, o de forma percutánea con una aguja o cuchilla. En un estudio que incluyó **548** pacientes, **no se observaron diferencias significativas entre las técnicas abierta y percutánea** en cuanto a la necesidad de revisiones, complicaciones o dolor postoperatorio; por lo tanto, **ambas son métodos adecuados** [3].

Un análisis más amplio sobre la liberación percutánea en **2,114** dedos demostró que es un método eficaz y seguro; además, aportó dos datos relevantes: **el uso de guía ecográfica podría mejorar los resultados**, mientras que las tasas de éxito **no se vieron afectadas ni por el instrumento empleado ni por la administración simultánea de cortisona** [4]. En una revisión de **685** pacientes realizada en 2025, se constató que la combinación de liberación percutánea e inyección de corticoides era bien tolerada y presentaba una baja tasa de complicaciones [5].

En conclusión: es necesario dividir la polea; sin embargo, el método empleado importa menos que lograr una liberación completa. El instrumento utilizado no determina el resultado final.

EN UN NIÑO, EL MISMO HALLAZGO REQUIERE UNA RESPUESTA DISTINTA

El dedo en gatillo pediátrico no es simplemente la misma afección que se presenta en adultos, pero en una etapa temprana. La presencia de **dedos en gatillo bilaterales o múltiples, o la coexistencia de síndrome del túnel carpiano, debe hacer sospechar de una patología subyacente atípica como la mucopolisacaridosis** [6].

Este es el punto clínicamente más relevante de esta sección. Un niño con más de un dedo afectado por el fenómeno en gatillo, o con síntomas de atrapamiento nervioso además de ello, requiere estudios para descartar un trastorno de almacenamiento sistémico, en lugar de limitarse a realizar una liberación quirúrgica; pues este hallazgo en la mano podría ser el primer signo de una enfermedad cuyas implicaciones trascienden ampliamente la zona de la mano. En cambio, la presencia de un solo pulgar afectado en un niño por lo demás sano constituye una situación distinta y mucho más frecuente.

REFERENCIAS

[1] Fleisch SB, Spindler KP, Lee DH. Inyecciones de corticosteroides en el tratamiento del dedo en gatillo: una revisión sistemática de nivel I y II. J Am Acad Orthop Surg. 2007;15(3):166-71. https://doi.org/10.5435/00124635-200703000-00006

[2] Lunsford D, Valdes K, Hengy S. Tratamiento conservador del dedo en gatillo: una revisión sistemática. J Hand Ther. 2019;32(2):212-21. https://doi.org/10.1016/j.jht.2017.10.016

[3] Casey JC, Daher M, Dworkin M, Cusano J, Garavito J, Gil JA. Fijación abierta versus percutánea del dedo en gatillo: metaanálisis de los resultados clínicos. J Hand Surg Am. 2024;49(6):570-5. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.010

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[4] Zhao J, Kan S, Zhao L, Wang Z, Long L, Wang J, et al. Liberación percutánea de la primera polea anular para el dedo en gatillo: una revisión sistemática y metaanálisis de la evidencia actual. J Hand Surg Am. 2014;39(11):2192-202. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.07.044

[5] Wen J, Syed B, Khalil R, Shehabat M, Alam M, Sedighi R, et al. Liberación percutánea de la polea A1 con inyección de corticosteroides para el dedo en gatillo: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2025;20(1). https://doi.org/10.1186/s13018-025-05776-2

[6] Wong AL, Wong MJ, Parker R, Wheelock ME. Presentación y etiología del dedo en gatillo en niños: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(2):192-6. https://doi.org/10.1177/17531934211035642

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au