

Dedos 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 suele comenzar con dolor y sensibilidad en la palma, en la base del dedo o pulgar afectado. Muchas personas también sienten molestias en el dorso del nudillo o en la articulación media del dedo, lo que puede hacer pensar que el problema radica en la propia articulación. Es posible que note un pequeño bulto o nudo en la palma; se trata de una zona engrosada del tendón o de su túnel, que se mueve al doblar el dedo.

El síntoma principal es la sensación de “traba” o clic al mover el dedo. Suele aparecer después de agarrar algo con fuerza o de hacer un puño cerrado. El dedo puede detenerse un instante y luego abrirse bruscamente. En casos más graves, el dedo queda bloqueado en posición flexionada y es necesario usar la otra mano para enderezarlo. Algunas personas se despiertan con el dedo encogido y deben irlo estirando poco a poco. Si la afección avanza mucho, el dedo permanece doblado y no se endereza por sí solo.

Las tareas cotidianas que requieren agarre repetido se vuelven difíciles: sujetar el volante, llevar bolsas de la compra, escurrir un paño, o usar tijeras o abrelatas. La sensación de traba suele empeorar tras realizar actividades y al despertar por la mañana.

Hay algunos datos adicionales que conviene conocer. El dedo en gatillo es frecuente: afecta a alrededor del 3 % de las personas en algún momento de su vida. Es más común en mujeres que en hombres, especialmente en mujeres mayores de 50 años. El dedo medio es el que se ve más afectado. Si varios dedos presentan este problema, podría estar relacionado con la diabetes. Asimismo, el dedo en gatillo suele aparecer junto con el síndrome del túnel carpiano, que provoca hormigueo o entumecimiento en la mano.

Los niños también pueden padecer dedo en gatillo en el pulgar. Por lo general se manifiesta en la primera infancia, no al nacer, y la articulación distal del pulgar queda bloqueada en flexión. A veces afecta a ambos pulgares.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Los tendones que permiten doblar los dedos funcionan como cuerdas. Se extienden desde el antebrazo, atraviesan la palma y se fijan a los huesos de los dedos. Un túnel de tejido llamado “polea” mantiene cada tendón cerca del hueso, evitando que se desvíe al momento de agarrar algo.

En el caso del dedo en gatillo, la entrada de ese túnel, denominada polea A1, se vuelve más gruesa y rígida. El propio tendón también puede desarrollar un pequeño nódulo engrosado. Ahora, esa “cuerda” presenta un nudo que intenta pasar por una abertura estrecha. Al doblar el dedo, el nudo se desliza por debajo de la polea; al enderezarlo, se queda atascado en la entrada y luego “salta” a través de ella. Ese es el clic o chasquido que se percibe. Si el nudo no logra pasar, el dedo queda bloqueado en posición doblada.

Este engrosamiento es un cambio degenerativo del tejido, no una infección ni un crecimiento anormal. Está relacionado con el agarre repetido y fuerte; es más frecuente en personas con diabetes o ciertas enfermedades inflamatorias. El túnel se estrecha y el tendón se irrita cada vez que se desliza a través de él.

Los médicos clasifican la evolución de la enfermedad en cuatro etapas. En la primera, hay dolor y sensibilidad en la palma, cerca de la base del dedo, pero aún no se produce ningún bloqueo. En la segunda, el dedo empieza a atascarse o a hacer clic. En la tercera, queda bloqueado en posición doblada, aunque se puede enderezar con la ayuda de la otra mano. En la cuarta, el dedo permanece doblado y no se endereza ni siquiera con ayuda. En las etapas iniciales, suele bastar con tratamientos sencillos como el uso de una férula o una inyección de esteroides, que es un potente antiinflamatorio que se aplica cerca del tendón. En las etapas avanzadas, cuando el dedo queda bloqueado, suele ser necesaria una pequeña intervención quirúrgica para ensanchar el túnel estrecho.

Esto también explica por qué el problema parece localizarse en la falange o en la articulación media del dedo: el bloqueo ocurre en la palma, pero la sensación de tirantez y chasquido se percibe más a lo largo del dedo.

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 primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y solicitamos estudios de imagen únicamente si resultan necesarios. Dado que el dedo en gatillo es un problema crónico derivado del desgaste, normalmente iniciamos con tratamientos no quirúrgicos antes de considerar la cirugía.

La medida más sencilla consiste en modificar la forma en que utiliza la mano. Reducir el agarre firme y repetitivo le brinda al tendón irritado la oportunidad de recuperarse. Una férula también puede ser útil, pues

mantiene el dedo inmóvil para que el tendón deje de rozar el estrecho túnel cada vez que se mueve. La terapia de la mano tiene como objetivo aliviar el dolor y permitir que el dedo se mueva con fluidez. Por lo general, probamos estas medidas durante varias semanas antes de avanzar a otras opciones.

Si el autocuidado no logra mejorar la situación, la inyección suele ser el siguiente paso. La inyección de corticoesteroides es un potente antiinflamatorio que se aplica cerca del tendón en la palma. Su efecto consiste en disminuir la inflamación, permitiendo que el tendón se deslice con mayor libertad por el túnel. Alrededor del 60 % de los pacientes observan una mejora significativa tras la inyección. Las personas con diabetes suelen responder peor a este tratamiento, por lo que lo tenemos en cuenta al planificar su atención. Algunos pacientes necesitan una segunda inyección antes de recurrir a la cirugía.

La cirugía se considera cuando ni las inyecciones ni el uso de férulas producen mejoría suficiente, o cuando el dedo ha llegado a una fase avanzada en la que se bloquea o permanece doblado. La intervención consiste en una pequeña liberación: abrimos la entrada estrecha del túnel, la polea A1, para que el tendón pueda deslizarse sin obstáculos. Se trata de un procedimiento breve cuyo fin es eliminar definitivamente el fenómeno de “clic” y el bloqueo del dedo. Analizaremos conjuntamente si la cirugía es adecuada para su caso y tomaremos la decisión juntos.

Qué esperar

En muchas personas, el dedo en gatillo no mejora por sí solo. El fenómeno de “traba” del dedo suele persistir y puede empeorar gradualmente con el paso de los meses si la mano sigue realizando movimientos de agarre fuertes. En las fases iniciales, cuando hay dolor pero poco “clic” al mover el dedo, hay más probabilidades de mejoría mediante medidas sencillas como el uso de una férula o el reposo. Una vez que el dedo empieza a trabarse, normalmente permanece así o empeora si no se recibe tratamiento.

Con un tratamiento adecuado, la mayoría de las personas logran un alivio duradero. El uso de una férula por sí solo puede ser eficaz; es la opción menos invasiva. La inyección de corticoides ayuda a muchas personas; aproximadamente el 39 % de quienes reciben una segunda o tercera inyección experimentan alivio a largo plazo. Cuando estas medidas no son suficientes, una pequeña intervención quirúrgica elimina el fenómeno de traba del dedo. La mayoría de los pacientes se sienten satisfechos con esta operación; sin embargo, es bastante común que haya un efecto secundario leve y transitorio: alrededor de 1 de cada 20 dedos presenta problemas temporales como dolor, rigidez o hinchazón; y aproximadamente 1 de cada 200 necesita una segunda operación.

La recuperación tras el tratamiento suele ser sencilla. El dedo o pulgar puede usarse con normalidad poco después de la intervención; la rigidez es el factor que más puede retrasar la recuperación, afectando a cerca del 8,6 % de los pacientes. El fenómeno de “gatillo” rara vez reaparece, ocurriendo en solo un 2,2 % de los casos. Hay dos aspectos importantes respecto al pronóstico a largo plazo: algunas personas siguen sintiendo dolor en la articulación media del dedo, especialmente si el problema existía desde hacía tiempo antes del tratamiento; ese dolor puede no desaparecer por completo. Además, quienes se someten a la liberación quirúrgica tienen mayor probabilidad que otros de desarrollar posteriormente la enfermedad de Dupuytren, en la cual el tejido de la palma se tensa y hace que los dedos se doblen.

Dejar el problema sin tratar también conlleva riesgos: un dedo que permanece doblado durante mucho tiempo puede volverse rígido de forma permanente en esa posición; cuanto más tiempo hayan durado los síntomas, menor suele ser la efectividad del tratamiento. Si padece diabetes, las inyecciones tienden a ser menos eficaces, por lo que la cirugía podría ser la opción más fiable. Nada de esto garantiza un resultado específico para usted, pero ofrece una descripción razonable de lo que suele ocurrir.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si experimenta dolor y sensibilidad en la palma, en la base de un dedo o del pulgar, o si nota un pequeño bulto que se mueve al doblar el dedo. Solicite una evaluación por parte de un especialista si el dedo comienza a atascarse, a hacer “clic” o a bloquearse; especialmente si necesita usar la otra mano para enderezarlo. Lo mismo aplica si un dedo permanece doblado y no se endereza por sí solo, o si los síntomas le impiden agarrar objetos, trabajar o dormir. Si varios dedos presentan estos síntomas, indíquelo, ya que podría estar relacionado con la diabetes y merece ser evaluado. Los niños cuyo pulgar permanece doblado y bloqueado también deben ser examinados, en lugar de esperar sin intervención.

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].

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>

- [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>