



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Cirugía para el dedo en gatillo (Revisión)

Fiorini HJ, Tamaoki MJ, Lenza M, Gomes dos Santos JB, Faloppa F, Belloti JC

Fiorini HJ, Tamaoki MJ, Lenza M, Gomes dos Santos JB, Faloppa F, Belloti JC.
Surgery for trigger finger
(Cirugía para el dedo en gatillo).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD009860.
DOI: [10.1002/14651858.CD009860.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009860.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Cirugía para el dedo en gatillo (Revisión)

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Cirugía para el dedo en gatillo

Haroldo Junior Fiorini¹, Marcel Jun Tamaoki¹, Mário Lenza², Joao Baptista Gomes dos Santos¹, Flávio Faloppa¹, Joao carlos Belloti¹¹Department of Orthopaedics and Traumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil. ²Orthopaedic Department and School of Medicine, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein and Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil**Contacto:** Haroldo Junior Fiorini, Department of Orthopaedics and Traumatology, Universidade Federal de São Paulo, Rua Borges Lagoa, n 783, 5° andar, São Paulo, 04038-032, Brazil. haroldofj@gmail.com.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Musculoesqueléticas.**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 2, 2018.**Referencia:** Fiorini HJ, Tamaoki MJ, Lenza M, Gomes dos Santos JB, Faloppa F, Belloti JC. Surgery for trigger finger (Cirugía para el dedo en gatillo). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 2. Art. No.: CD009860. DOI: [10.1002/14651858.CD009860.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009860.pub2).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El dedo en gatillo es un trastorno clínico común, caracterizado por dolor y atrapamiento cuando el paciente flexiona y extiende los dedos debido a la desproporción entre el diámetro de los tendones flexores y la polea A1. El abordaje terapéutico puede incluir tratamientos no quirúrgicos o quirúrgicos. En la actualidad no hay ningún consenso acerca del mejor abordaje de tratamiento quirúrgico (enfoque abierto, percutáneo o endoscópico).

Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de diferentes métodos de tratamiento quirúrgico para el dedo en gatillo (enfoques abiertos, percutáneos o endoscópicos) en adultos en cualquier estadio de la enfermedad.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, Embase y LILACS hasta agosto 2017.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios que evaluaban a adultos con dedo en gatillo y que comparaban cualquier tipo de tratamiento quirúrgico entre sí o con cualquier otra intervención no quirúrgica. Los resultados principales fueron la resolución del dedo en gatillo, el dolor, la función de la mano, el éxito del tratamiento o la satisfacción informados por el participante, la recurrencia de la afección, los eventos adversos y la lesión neurovascular.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los informes de los ensayos, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Las medidas del efecto del tratamiento para los resultados dicotómicos calcularon los cocientes de riesgos (CR), y las diferencias de medias (DM) o las diferencias de medias estandarizadas (DME) para los resultados continuos, con intervalos de confianza (IC) del 95%. De ser posible, los datos se agruparon en el metanálisis mediante el modelo de efectos aleatorios. GRADE se utilizó para evaluar la calidad de la evidencia para cada resultado.

Resultados principales

Se incluyeron catorce ensayos, lo cual dio lugar a un total de 1260 participantes, con 1361 dedos en gatillo. La edad de los participantes incluidos en los estudios varió de 16 a 88 años; y la mayoría de los participantes eran mujeres (aproximadamente 70%). La duración promedio de los síntomas varió de tres a 15 meses, y el seguimiento después del procedimiento varió desde ocho semanas a 23 meses.

Los estudios informaron nueve tipos de comparaciones: cirugía abierta versus inyecciones de corticosteroides (dos estudios); cirugía percutánea versus inyección de corticosteroides (cinco estudios); cirugía abierta versus inyección de corticosteroides más inyección de ácido hialurónico guiada por ecografía (un estudio); cirugía percutánea más inyección de corticosteroides versus inyección de corticosteroides (un estudio); cirugía percutánea versus cirugía abierta (cinco estudios); cirugía endoscópica versus cirugía abierta (un estudio); y tres comparaciones de los tipos de incisión para la cirugía abierta (incisión transversal de la piel en el pliegue palmar distal, incisión transversal de la piel alrededor de 2–3 mm de forma distal del pliegue palmar distal, e incisión longitudinal de la piel) (un estudio).

La mayoría de los estudios tuvieron fallas metodológicas significativas y se consideraron en riesgo alto o poco claro de sesgo de selección, sesgo de realización, sesgo de detección y sesgo de informe. La comparación primaria fue la cirugía abierta versus inyecciones de corticosteroides, debido a que la cirugía abierta es el método de tratamiento más antiguo y más ampliamente utilizado y considerado como cirugía estándar, mientras que la inyección de corticosteroides es el método de tratamiento de control menos invasivo según lo informado en los estudios de esta revisión y a menudo se usa como tratamiento de primera línea en la práctica clínica.

En comparación con la inyección de corticosteroides, hubo evidencia de baja calidad de que la cirugía abierta proporciona beneficios en lo que se refiere a la menor recurrencia de la afección, aunque tiene la desventaja de ser más dolorosa. La evidencia se disminuyó debido a las fallas en el diseño del estudio y la imprecisión.

Basado en dos ensayos (270 participantes) desde seis hasta 12 meses, 50/130 (o 385 por 1000) individuos presentaron la recurrencia del dedo en gatillo en el grupo de inyección de corticosteroides en comparación con 8/140 (o 65 por 1000; rango 35 a 127) en el grupo de cirugía abierta, CR 0,17 (IC del 95%: 0,09 a 0,33), para una diferencia de riesgos absoluta de que 29% pacientes menos presentaron la recurrencia de los síntomas con la cirugía abierta (60% individuos menos a 3% más); el cambio relativo se traduce en una mejoría del 83% en el grupo de cirugía abierta (67% a 91% mejor).

A la semana, 9/49 pacientes (184 por 1000) presentaron dolor en la palma de la mano en el grupo de inyección de corticosteroides en comparación con 38/56 (o 678 por 1000; con una variación de 366 a 1000) en el grupo de cirugía abierta, CR 3,69 (IC del 95%: 1,99 a 6,85), para una diferencia de riesgos absoluta de que un 49% más presentó dolor con la cirugía abierta (33% a 66% más); el cambio relativo se traduce en un empeoramiento del 269% (585% a 99% peor) (un ensayo, 105 participantes).

Debido a la evidencia de calidad muy baja de dos ensayos no existe seguridad sobre si la cirugía abierta mejora la resolución del dedo en gatillo a los seis a 12 meses de seguimiento, en comparación con la inyección de corticosteroides (131/140 observado en el grupo de cirugía abierta en comparación con 80/130 en el grupo de control; CR 1,48; IC del 95%: 0,79 a 2,76); la evidencia se disminuyó debido a las fallas en el diseño de estudio, la inconsistencia y la imprecisión. Debido a la evidencia de baja calidad de dos ensayos y las tasas de eventos reducidas (270 participantes) del seguimiento de seis hasta 12 meses, no existe seguridad en cuanto a si la cirugía abierta aumentó el riesgo de eventos adversos (incidencia de infección, lesión del tendón, erupciones, malestar en la piel y necrosis grasa) (18/140 observado en el grupo de cirugía abierta en comparación con 17/130 en el grupo de control; CR 1,02; IC del 95%: 0,57 a 1,84) y de lesión neurovascular (9/140 observado en el grupo de cirugía abierta en comparación con 4/130 en el grupo de control; CR 2,17; IC del 95%: 0,7 a 6,77). Doce participantes (8 versus 4) no completaron el seguimiento, y se consideró que no tuvieron un resultado positivo en el análisis de datos. No existe seguridad sobre si la cirugía abierta fue más efectiva que la inyección de corticosteroides en la mejoría de la función de la mano o la satisfacción del participante debido a que los estudios no informaron estos resultados.

Conclusiones de los autores

La evidencia de baja calidad indica que, en comparación con la inyección de corticosteroides, el tratamiento quirúrgico abierto en los pacientes con dedo en gatillo, puede dar lugar a una tasa de recurrencia menor desde seis hasta 12 meses luego del tratamiento, aunque aumenta la incidencia del dolor durante la primera semana de seguimiento. No existe seguridad acerca del efecto de la cirugía abierta con respecto a la tasa de resolución a los seis a 12 meses de seguimiento, en comparación con las inyecciones de corticosteroides, debido a la heterogeneidad alta y a los eventos escasos que ocurrieron en los ensayos; tampoco existe seguridad acerca del riesgo de eventos adversos y la lesión neurovascular debido a que ocurrieron pocos eventos en los estudios. No se informó la función de la mano ni la satisfacción del participante.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Cirugía para el dedo en gatillo

Antecedentes

El dedo en gatillo se caracteriza clínicamente por dolor y una posición de atrapamiento durante los movimientos de los dedos. Clásicamente, el tratamiento inicial es no quirúrgico e incluye fármacos antiinflamatorios no esteroideos, entablillado e inyección de corticosteroides, y puede requerir tratamiento quirúrgico si se observa el fracaso del tratamiento convencional. Aunque es un trastorno común, no hay ningún consenso acerca del mejor abordaje de tratamiento quirúrgico (a través de una incisión en la piel y la visión directa de las estructuras de la mano [abierto]; enfoques vía una aguja o bisturí introducido a través de la piel, sin visión directa de las estructuras de la mano [percutáneo]; o vía un tubo flexible con una cámara ligera adherida al mismo (endoscópico).

Características de los estudios

Cirugía para el dedo en gatillo (Revisión)

Esta revisión Cochrane está actualizada hasta agosto 2017. Se incluyeron 14 ensayos controlados aleatorios que incluían a 1260 participantes, lo cual dio lugar a un total de 1361 dedos en gatillo. Dos estudios compararon la cirugía abierta versus inyecciones de corticosteroides, cinco estudios compararon la cirugía percutánea versus inyección de corticosteroides, un estudio comparó la cirugía abierta versus inyección de corticosteroides más inyección de ácido hialurónico, un estudio comparó la cirugía percutánea más inyección de corticosteroides versus inyección de corticosteroides, cinco estudios compararon la cirugía percutánea versus cirugía abierta, un estudio comparó la cirugía endoscópica versus cirugía abierta y un estudio comparó tres tipos de incisión en la piel versus cirugía abierta. La mayoría de los participantes fueron mujeres (alrededor del 70%); tenían entre 16 y 88 años; y el seguimiento medio de los participantes después del procedimiento fue de ocho semanas a 23 meses. Debido a las limitaciones relacionadas con el espacio, el informe de todos los resultados estuvo limitado a la comparación principal — cirugía abierta versus inyección de corticosteroides — debido a que la cirugía abierta es el método de tratamiento más antiguo y más ampliamente usado y considerado como una cirugía estándar, mientras que la inyección de corticosteroides es el método de tratamiento de control menos invasivo según lo informado en los estudios de esta revisión y a menudo se usa como tratamiento de primera línea en la práctica clínica.

Resultados clave

Basado en dos ensayos (270 participantes), comparado con el procedimiento de inyección de corticosteroides:

Resolución del dedo en gatillo (reducción de los síntomas sin recurrencia):

- 92 de cada 100 pacientes presentaron la resolución de los síntomas con la cirugía abierta.
- 61 de cada 100 pacientes presentaron la resolución de los síntomas con la inyección de corticosteroides.

La incidencia del dolor, evaluado como la presencia o la ausencia de dolor después de realizar el procedimiento (a la semana):

- 49% pacientes más presentaron dolor con la cirugía abierta (33% a 66% más).
- 68 de cada 100 pacientes presentaron dolor con la cirugía abierta.
- 19 de cada 100 pacientes presentaron dolor con la inyección de corticosteroides.

Recurrencia del dedo en gatillo (de seis a 12 meses):

- 29% pacientes menos presentaron la recurrencia de los síntomas con la cirugía abierta (60% menos a 3% más).
- 7 de cada 100 pacientes presentaron la recurrencia de los síntomas con la cirugía abierta.
- 39 de cada 100 pacientes presentaron la recurrencia de los síntomas con la inyección de corticosteroides.

Eventos adversos:

Los eventos adversos incluyeron las infecciones, las lesiones del tendón, el malestar en la piel, las erupciones o la necrosis grasa en el sitio del procedimiento, o los eventos neovasculares fueron poco comunes en cualquiera de los grupos de tratamiento.

Ningún estudio informó la función de la mano ni el éxito del tratamiento o la satisfacción informados por el participante.

Calidad de la evidencia

La evidencia de calidad muy baja proveniente de dos ensayos significa que no existe seguridad sobre si la cirugía abierta mejora la resolución del dedo en gatillo en comparación con la inyección de corticosteroides, debido al riesgo de sesgo en el diseño de los estudios, las inconsistencias entre los estudios y el número pequeño de participantes en los estudios. La evidencia de baja calidad proveniente de dos ensayos indica que la cirugía abierta puede dar lugar a menos recurrencias del dedo en gatillo en comparación con el procedimiento de inyección de corticosteroides, aunque aumenta la incidencia del dolor durante la primera semana después del procedimiento. La evidencia se disminuyó a “baja” debido al riesgo de sesgo en el diseño y el número pequeño de participantes. Ningún estudio midió la mejoría funcional ni la satisfacción del participante en la comparación entre la cirugía abierta y la inyección de corticosteroides. No existe seguridad sobre si hay una diferencia en el riesgo de eventos adversos o la lesión neurovascular entre los tratamientos, debido a que ocurrieron pocos eventos en los estudios.

Sólo se encontró evidencia de calidad baja y muy baja para otras comparaciones por lo cual no existe seguridad sobre si la cirugía percutánea posee beneficios sobre la inyección de corticosteroides, o si la cirugía abierta es mejor que los corticosteroides más ácido hialurónico, o si un tipo de cirugía es mejor que otra.