

## Dedo en resorte en adultos y niños

Doctor JOSE MANUEL PINZON ROJAS

Cúcuta

### RESUMEN

Se analizan 105 pacientes con 143 dedos en resorte, en un lapso de 19 años (1969 a 1987) en la ciudad de Cúcuta y para una mejor comprensión y por ser diferente su etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento, se clasifican en adultos y niños. 94 adultos y 11 niños.

El tratamiento en los adultos se hace inicialmente con infiltraciones de Corticoides, con resultados satisfactorios en el 65%; por no mejorar en el 35% se procede al tratamiento quirúrgico (sección de la vaina tendinosa) con resultados excelentes. En los niños el tratamiento fue quirúrgico en el 100% de los casos.

Destacamos el manejo de un paciente adulto con 10 Dedos en Resorte, situación no reportada en la literatura revisada por nosotros y el de un niño con 8 Dedos en Resorte Congénitos, de lo cual sólo han sido publicados 3 casos en la literatura inglesa hasta 1983.

### INTRODUCCION

Esta afección fue descrita en 1884 por Leisrink; se trata de una tenosinovitis estenosante de los tendones flexores de la mano, que se manifiesta por bloque en flexión de uno o varios dedos de la mano; y para efectuar la extensión a veces es necesaria la ayuda de la mano opuesta. Se acompaña generalmente de un chasquido doloroso y de la presencia de un nódulo a nivel palmar de la articulación M.C.F. del dedo (Figura 1).

### MATERIAL Y METODOS

Se trataron y controlaron 105 pacientes, con 143 dedos en Resorte, en un lapso de 19 años comprendidos entre 1969 y 1987.

La edad, sexo y localización se aprecian en la Tabla 1.

Edad:	Menor: 1 año	promedio
	Mayor: 83 años	51 años
Sexo:	Femenino 80 pacientes:	76%
	Masculino 25 pacientes:	24%
Localización:	Mano derecha	57 : 54%
	Mano izquierda	25 : 24%
	Bilateral:	23 : 22%

Tabla 1

En 11 pacientes estaban comprometidos dos o más dedos de la mano derecha; siete en la mano izquierda y en cinco bilateral.

Los dedos más afectados en orden de frecuencia son: 4º, 3º y 1º.

Signos y síntomas.

1. Dolor .....	98%
2. Nódulo a nivel de A.M.C.F. ....	89%
3. Resorte .....	87%
4. Deformidad permanente en flexión de pulgares .....	11%
5. Dolor referido a la A.I.F.P. ....	3%

Por su etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento es conveniente clasificar el dedo en resorte en adultos y niños<sup>11</sup>.

Tabla 2

proximal de la vaina tendinosa. Si a los 10 ó 15 días persiste la sintomatología dolorosa aplicamos una segunda infiltración.

El número de infiltraciones aplicadas se detalla en la Tabla 3.

Nº Pacientes	Nº Infiltraciones
22 : 23%	1
54 : 57%	2
18 : 19%	3

Tabla 3

En 20% de los casos se presentaron recidivas entre 3 meses y 4 años, efectuándose el mismo tratamiento.

En 32 pacientes (35%) no se apreció mejoría y se practicó tratamiento quirúrgico: sección de la vaina tendinosa y del retináculo del flexor del dedo 5-7-8-12. La movilidad del dedo se inicia al día siguiente.

Los controles se efectuaron entre 1 y 19 años con los siguientes resultados: Tabla 4.

1. Mejoría de pacientes con infiltraciones de Dexametazona	62 : 65%
2. Mejoría de pacientes con cirugía	32 : 100%

Tabla 4

En nuestra serie encontramos un paciente con 10 Dedos en Resorte, entidad que no la encontramos reportada en la literatura a nuestro alcance.

Mujer de 52 años (B. M. de G.) que en julio de 1986 consultó por dolor y bloqueo en flexión de los dedos de las manos (Resorte). Antedentes: 1 año antes se le había practicado una cirugía para síndrome del tunnel carpiano bilateral.

Al examen se encontró un engrosamiento a nivel de la región palmar de las articulaciones M.C.F. y signo de resorte en todos los dedos. Los exámenes de laboratorio y las radiografías fueron normales. Se comenzó el tratamiento con infiltraciones de Dexametazona, en 5 dedos fue necesario practicarle 2 infiltraciones y en 2 dedos 3 infiltraciones. El paciente reportó mejoría pero a los 14 meses presentó recidiva, por lo cual en septiembre de 1987 se le practicó cirugía (Sección de la vaina tendinosa y del retináculo flexor de todos los dedos).

### DEDO EN RESORTE EN ADULTOS

Encontramos 94 pacientes (122 dedos), 50% tenía antecedentes traumáticos, 20% se asoció con Artritis, 14% con Artritis Reumatoidea, 5% con Síndrome del Tunnel Carpiano<sup>1</sup>, 4% con enfermedad de Dupuytren, 3% con Epicondilitis del Codo.

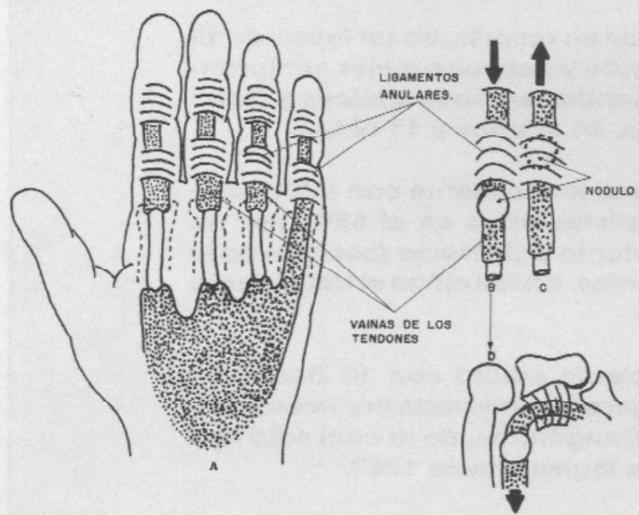


Figura 1. Dedo en Resorte. A: Anatomía de la región flexora. B: Tendón flexor y nódulo proximal al Retináculo. C y D: Mecanismo del bloqueo en flexión del dedo.

En 10% de los casos se asoció a diabetes e hipertensión.

Vagn Kolind-Sorensen<sup>13</sup> (1970) las clasifica en primarios y secundarios.

Primarios, lo que se presentan en personas normales y secundarios asociados a enfermedades reumáticas.

La sintomatología se inició entre 2 meses y 2 años antes.

### TRATAMIENTO

Inicialmente todos los pacientes se trataron con infiltraciones de Dexametazona, 1 cc (10 mg) en la parte

El reporte de patología fue *tenosinovitis*. Los controles practicados hasta 8 meses son satisfactorios (Figura 2).

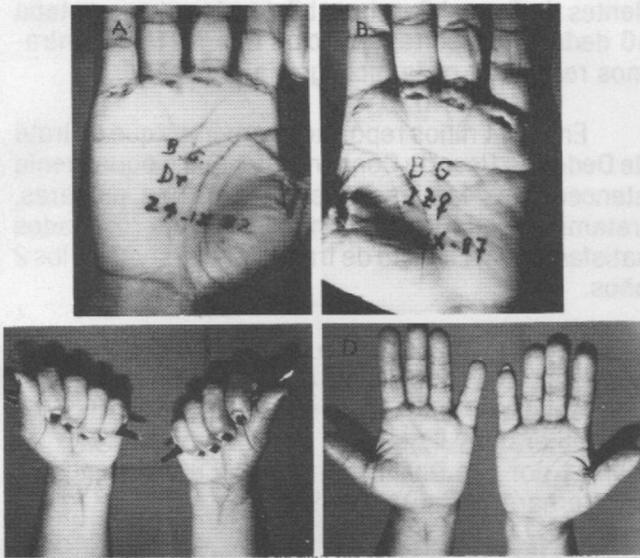


Figura 2. A y B: Procedimiento quirúrgico de los 10 dedos de las manos. C y D: Resultados a los 8 meses, muestran flexión, extensión y fuerza muscular de las manos normales.

### DEDO EN RESORTE EN NIÑOS

La tenosinovitis estenosante en los niños no es frecuente y se manifiesta por deformidad en flexión del pulgar; en algunos casos se palpa un nódulo o engrosamiento a nivel de la articulación M.C.F. Se han invocado varias teorías para explicar su etiología y es así como Weilby<sup>15</sup> y Neu<sup>10</sup> creen que se debe a factores genéticos y Dellon<sup>4</sup> y Hueston<sup>6</sup>, a una etiología congénita.

Encontramos 11 pacientes (21 dedos) con edades ente 1 y 5 años, 6 niños y 5 niñas. En 10 pacientes estaban afectados los pulgares y 1 presentaba 8 dedos en resorte.

Lo localización se indica en la Tabla 5.

4 pac.	: 36%	.....	Pulgar derecho
3 pac.	: 27%	.....	Pulgar izquierdo
3 pac.	: 27%	.....	Pulgar Bilateral
1 pac.	: 9%	.....	8 Dedos

Tabla 5

### TRATAMIENTO

En todos los casos fue quirúrgico, ya que de acuerdo con Weilby<sup>15</sup>, en el 75% de los casos se encuentra engrosamiento del tendón y en el 25%, de la vaina, al contrario de lo que sucede en los adultos y aunque Dinham<sup>3</sup> dice que en un 30% se recuperan espontáneamente en el primer año de vida y el 12% entre 1 y

2 años, creemos que el retardar la intervención más allá de los 2 años, puede conducir a una contractura permanente en flexión del dedo.

El procedimiento quirúrgico es igual al practicado en los adultos. Los resultados en todos los pacientes fue satisfactorio. Creo de interés relatar la historia clínica de un niño que presentaba 8 Dedos en Resorte Congénitos (4 en casa mano). Hasta 1983 solamente han sido reportados 3 casos en la literatura inglesa por Watson Jones<sup>14</sup>, Dellon y Hansen<sup>4</sup> y el más reciente por Bernard R. Neu<sup>10</sup>.

Niño (A. J. B.) de dos y medio años de edad, que consulta el 14-1-86 por deformidad en flexión de los dedos 1º, 2º, 3º y 4º de la mano derecha y 1º, 2º, 3º y 5º de la mano izquierda, afección observada por los padres desde el nacimiento.

A los dos años le habían practicado infiltraciones sin obtener mejoría; al examen clínico se encontraban los dedos en flexión y pasivamente se le podían extender presentando un "Resorte".

El 18-1-86 se le practicó sección de la vaina tendinosa. El estudio de patología reportó *Tenosinovitis*.

Los controles a los dos años fueron satisfactorios (Figura 3).

### COMENTARIO

La tenosinovitis estenosante de los flexores de los dedos de la mano o Dedo en Resorte, es una afección bien estudiada desde el punto de vista fisiopatológico y se debe a un engrosamiento del tendón o a la formación de un nódulo a nivel de este<sup>2, 5, 7, 8Z, 12</sup>.

Existen controversias respecto a su etiología: en los adultos, Phalen dice que puede ser traumática o reumática, mientras otros abogan por sesamoides accesorios o isquemia sinovial<sup>9, 10</sup>.

En los niños Weilby<sup>15</sup> y Neu<sup>10</sup> sugieren una etiología genética, pero recientemente Dellon<sup>4</sup> y Dinham<sup>3</sup> creen que se debe a una causa congénita.

En nuestra serie de 94 pacientes adultos, 50% fueron origen traumático, 34% se asociaron a enfermedades reumáticas (Artrosis y Artritis Reumatoidea) y 5% al Síndrome del Tunel Carpiano.

El 10% de los pacientes presentaba diabetes e hipertensión.

En el 40% afectaba el 3er. dedo y más frecuente en la mano derecha. Todos los pacientes recibieron tratamiento inicial con infiltraciones de Dexametazona y las recidivas se presentaron después de 3 meses a 4 años. La mejoría fue del 65%.

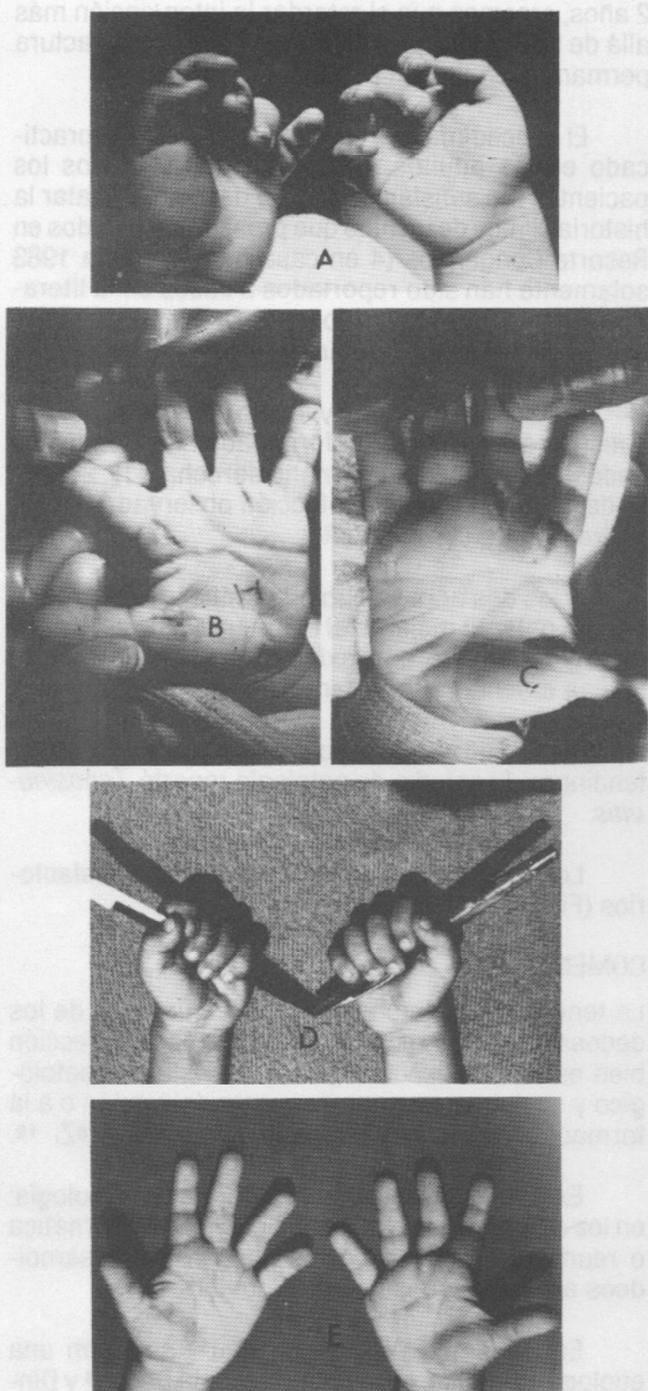


Figura 3. A: Deformidad en flexión de los dedos excepto 5º, mano derecha y 4º de la izquierda; B y C: Procedimiento quirúrgico: sección del Retináculo flexor; D y E: controles a los 2 años muestran una función de las manos normales.

El 35% no mejoró con las infiltraciones por lo cual se practicó tratamiento quirúrgico; su mejoría fue del 100% (Sección de la vaina tendinosa). Es

conveniente no reseca el nódulo, ya que se puede presentar recidiva o fibrosis.

Destacamos el caso de un paciente con antecedentes de Tunnel Carpiano bilateral, que presentaba 10 dedos en resorte, situación que no la encontramos reportada en la bibliografía revisada.

En los 11 niños reportados creemos que se trató de Dedos en Resorte Congénito, ya que ninguno tenía antecedentes familiares; el 91% en los pulgares, tratamiento quirúrgico y un 100% de los resultados satisfactorios. La edad de tratamiento mayor de los 2 años.

Relatamos el caso de un niño de dos y medio años con 8 Dedos (4 en cada mano) en Resorte Congénitos, de lo cual sólo se han reportado 3 casos en la literatura inglesa, 1 por Watson Jones<sup>14</sup> en 1944, 1 por Lee Dellon<sup>4</sup>, en 1980, y el más reciente por Bernard R. Neu<sup>10</sup>, en 1983.

#### SUMMARY

The following study describes the experience obtained on the analysis of 105 patients with trigger-fingers. These patients were treated between 1969 and 1987 (a nineteen year period) in the city of Cucuta.

There were 94 adults and 11 children.

The patients were separated into two groups (children) with the purpose of a better comprehension and in view of the different etiology, clinical manifestations and treatment of the syndrome.

In the adult group of patients the initial treatment was accomplished with corticosteroid infiltrations. This treatment yielded success in 65% of the patients. In the remaining 35% we performed a surgical procedure (tendinous sheath section) with excellent outcome. In children the treatment of choice was surgical in all cases.

We have to make special emphasis on the unique case of an adult with the trigger-finger anomaly present in all his fingers. We do not have any information about a previous report according to the literature reviewed.

We also describe the case of a child with congenital trigger fingers anomaly present in 8 of his fingers, there are just 3 similar reports in the English language literature until 1983.

## BIBLIOGRAFIA

1. BROWN LP, and COULSON DB.: Triggering at the Carpal Tunnel with Incipient Carpal Tunnel Syndrome. Report of an unusual case. JBJS. 1974; 56 A 623.
2. CAILLIET R.: Síndromes Dolorosos de la Mano. Ed. Manual Moderno. 1972; pág. 93-96.
3. DINHAM J., MEGGIT B.: Trigger thumbs in children. J. Bone Joint Surg (Br) 1974; 56:153-155.
4. DELLON, AL, HANSEN FC.: Bilateral inability to grasp due to MULTIPLE (TEN) Congenital Trigger Finger, J. Hand Surg. 1980; 5:470-472.
5. GERSTNER J.: Manual de Semiología del Aparato Locomotor. Ed. Nur. 1980; pág. 177.
6. HUESTON JT., and WILSON WF.: Trigger Thumb. Med. J. 1973; Aust. 2: 1044-1045, Dec.
7. KILGORE ES, and GRAHAM WP.: The Hand Ed. Lea of Febiges Philadelphia. 1977; pág. 99-101.
8. LEE MILFORD.: La Mano. Cirugía Ortopédica de Campbell, Tomo I, 368-369, Edit. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1981.
9. LEMON R., ENGBER W.: Trigger wrist: A case report. J. Hand Surg. 1986; 10A:59-66.
10. NEU, BR, and MURRAY, F.: Congenital bilateral Trigger digits in twins. J. Hand Surg. 1983; 8:350-52.
11. PINZON JM.: Dedo en Resorte. Trabajo Libre XX000 Congreso Nacional Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica, Medellín, 1978.
12. TUREK SAMUEL: Ortopedia-principios y aplicaciones. Ed. Salvat. 1982; pág. 1.081.
13. VAGN, KOLIND, and SORENSEN.: Treatment of Trigger Finger, Acta Orthop, Scandnav. 1970; 41:428-432.
14. WATSON, JONES R.: Fractures and Joint, Ed. 3, Baltimore, 1944, The Williams Wilkens Co. pág. 596.
15. WEILBY, A.: Trigger Finger. Incidence in children and adults and possibility of predisposition in certain age groups, Acta Orthop. Scandnav. 1970; 41:419-427.

**QUIERE SABER  
QUIEN SE  
INTERESA POR  
SU PRODUCTO?  
MUY FACIL:  
UTILICE EL  
"SERVICIO DE  
RESPUESTA COMERCIAL  
DE ADPOSTAL**

El "Servicio de Respuesta Comercial", le permite hacer investigaciones de mercado, encuestas de opinión, pedidos por correo, y en general obtener la información que usted requiere para sus negocios!




**CORREO DE COLOMBIA**  
llega seguro y a tiempo!  
MAYOR INFORMACION: TELS. 2415531 y 2826842

