

TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DIGITAL EN PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

DIGITAL STENOSING TENOSYNOVITIS IN PATIENTS OF A UNIVERSITY HOSPITAL.

Jelimar Flores¹, Magaly Ortunio C², Luis Agreda^{1,2}, Harold Guevara R², Rosa Cardozo², Luisana Rada¹.

ABSTRACT

Tenosynovitis is the thickening of the lining around the tendons of fingers resulting in a condition stricturing, or spring/ trigger (ST) finger. Objective: Analyze the tenosynovitis in patients who come to the Rheumatology consult of the "Dr. Adolfo Prince Lara" hospital. Materials and methods: Quantitative, correlational and cross-sectional research. Population composed of 285 patients, sample of 105 patients with clinical diagnosis of tenosynovitis. Results: Average age of 55.32. 80% were female. Predominant occupation was home offices with 71.43%. Medical conditions associated: Diabetes Mellitus 61.19%, hypertension 49.22% and rheumatologic: 48.49% osteoarthritis, D'Quervain Tendinitis 46.77%. Anatomic location more frequent the ring finger (45.71%) followed by the thumb finger (23.81%; 25 cases). Clinical diagnosis in 100% of cases. Treatment most used nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with infiltration 75.24%, remission in 80% of patients. Conclusion: Tenosynovitis represents more than one third of the patients who come to the rheumatology consultation, mainly affects adult contemporary, female sex, diabetic, occupation offices of home or workers, being the ring finger the most affected, with 80% of remission after local infiltration and NSAIDs.

KEY WORDS: Tenosynovitis, De Quervain disease, rheumatoid arthritis.

RESUMEN

La tenosinovitis es el engrosamiento del recubrimiento alrededor de los tendones de los dedos que resulta en una condición estenosante o dedo en resorte/gatillo (DR). Objetivo: Analizar la tenosinovitis estenosante en los pacientes que acudieron a la consulta de reumatología del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Materiales y Métodos: Investigación cuantitativa, correlacional, transversal. Población integrada por 285 pacientes, muestra 105 pacientes con diagnóstico clínico de tenosinovitis estenosante. Resultados: Edad promedio de 55,32 años. Siendo 80% del sexo femenino. Ocupación predominante oficinas del hogar 71,43%. Patologías médicas asociadas: Diabetes Mellitus 61,19%, Hipertensión Arterial 49,225% y Reumatológicas: Osteoartritis 48,49%, Tendinitis de D'Quervain 46,77%. Localización anatómica más frecuente el dedo anular (45,71%) seguida por el dedo pulgar (23,81%; 25 casos). Diagnóstico clínico en el 100% de los casos. Tratamiento más utilizado Aines con infiltración 75,24% remisión en 80% de los pacientes. Conclusión: La tenosinovitis estenosante representa más de un tercio de los pacientes que acuden a la consulta de reumatología, afecta principalmente a los adultos contemporáneos, de sexo femenino, de ocupación oficinas del hogar u obreros, siendo el dígito más afectado el anular, con 80% de remisión posterior a infiltración local y AINES administrado por vía oral.

PALABRAS CLAVE: Tenosinovitis, enfermedad De Quervain, artritis reumatoide.

INTRODUCCIÓN

Los reumatismos de partes blandas (RPB) afectan a todos los tejidos de soporte de las articulaciones y nunca a la articulación misma, aunque no siempre presentan inflamación, si generan dolor y

sensación de rigidez o limitación de los movimientos.^{1,2,3} Estos pueden ser locales en los casos de bursitis, tendinitis o tenosinovitis regionales, como el síndrome miofascial y generalizados como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica.⁴

La tenosinovitis se refiere al engrosamiento del recubrimiento alrededor de los tendones que resulta en una condición estenosante, que al ocurrir a nivel de los dedos produce el dedo en resorte/gatillo (DR), generalmente como consecuencia de trauma crónico o sobreuso. Clínicamente se observa al haber una flexo-extensión del dedo, cuyo movimiento se frena a mitad del recorrido para luego abrirse súbitamente como accionado por un resorte.⁵

Recibido: Julio, 2014 Aprobado: Febrero, 2015

¹Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Correspondencia: mortunio@gmail.com

El dedo en resorte es un problema relativamente frecuente, con una incidencia estimada de 28 casos por 100.000 habitantes por año. El tipo más frecuente de dedo en gatillo es el primario, es decir, el que aparece en pacientes sin otra patología coexistente.

El dedo en resorte aparece con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, que padecen diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia renal, gota, amiloidosis o artritis reumatoidea, síndrome del túnel del carpo, contractura de Dupuytren y otras tendinitis (Quervain o epicondilitis lateral).

El antecedente de la ocupación del sujeto revela ser el origen de la irritación; se suele relacionar con traumatismos repetidos en trabajadores manuales;⁶ y es por esto que desde los años ochenta se indicó que, el dedo en gatillo debía ser incluida como una "lesión por esfuerzo repetitivo" y "trastorno por traumatismo acumulativo".

En torno a esto, un estudio realizado en 1998 en 665 trabajadores de una planta envasadora de carne informó una prevalencia puntual de 14%, lo que corroboró la relación existente entre la ocupación y el dedo en gatillo, aun cuando el estudio realizado por Trezies ese mismo año no pudo confirmar tal asociación.^{7,8}

Para el año 2000 Moore reportó que la prevalencia para toda la vida del dedo en gatillo entre un grupo de no diabéticos mayores de 30 años se había calculado en 2,2% y en general, la enfermedad era más frecuente entre mujeres que entre hombres, la mayoría de los casos incluyen un único dedo; algunos pueden tener múltiples dedos afectados teniendo estas personas tres veces más probabilidades de presentar otro dedo afectado posteriormente. Además refirió que entre las personas sin enfermedades concurrentes, el pulgar es el dedo afectado con más frecuencia, seguido del anular y el meñique. La mano derecha es la mano más afectada e informó una recuperación espontánea entre 20% y 29% de los casos de dedo en gatillo.⁹

Vale la pena destacar que Blyth y Chammas, afirman que el dedo en gatillo ocurre frecuentemente en pacientes con diabetes mellitus (probablemente debido a modificaciones del colágeno inducidas por la glucosa), síndrome del túnel carpiano, enfermedad de Dupuytren, artritis reumatoide, amiloidosis, hipotiroidismo, trastornos del almacenamiento de mucopolisacáridos e insuficiencia cardíaca congestiva.^{10,11}

Por otra parte, Rodgers y Van den Borne señalan como una entidad separada el dedo en gatillo en niños, la

cual es una enfermedad poco frecuente (0,3% de los neonatos), donde casi siempre el pulgar está afectado y el síntoma predominante es la extensión limitada.^{12,13}

Para el año 2000 en Madrid, Galarza P y colaboradores publicaron un estudio descriptivo acerca de la frecuencia y presentación clínica del dedo en resorte de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Ortopedia y Traumatología, encontrando que de 438 cirugías de mano 9,8 % obedeció al DR. Los grupos etarios más afectados fueron los comprendidos entre 11 a 20 años y 41 a 50 años con predominio del sexo femenino ($p > 0,01$). El dígito más comprometido fue el pulgar (67,4%) y su etiología más frecuente de tipo adquirido.¹⁴

En Japón para el año 2009, se llevó a cabo un estudio para establecer la magnitud de afectación de varios dígitos por tenosinovitis estenosante en pacientes diabéticos en relación a los no diabéticos; el mismo determinó los factores que influyen en la participación de múltiples dígitos en los pacientes diabéticos. Se incluyeron 302 pacientes diabéticos con tenosinovitis estenosante y 235 pacientes no diabéticos. El número total de dígitos que mostraron la enfermedad en el plazo de 1 año después de la visita inicial al Servicio de Cirugía Ortopédica, se investigó de forma prospectiva. Mostró en los pacientes diabéticos una prevalencia significativamente mayor de que estén implicados varios dígitos que los no diabéticos ($p < 0,0001$). El análisis de regresión múltiple en pacientes diabéticos reveló que la presencia de movilidad articular limitada (MAL) se asocia positivamente con la prevalencia de la participación de múltiples dígitos ($r = 0,626$, $p < 0,0001$), concluyendo que el síndrome de MAL en los diabéticos se asocia estrechamente con tenosinovitis estenosante que involucran múltiples dígitos.¹⁵

Más tarde, en el año 2010, Koh S; Nakamura S; Hattori T; Hirata H., se propusieron investigar la incidencia y características del DR en pacientes con diabetes. Para lo que se realizó un cuestionario a 544 pacientes con diabetes, de los cuales 10% tenían antecedentes de DR y 40% la participación de múltiples dígitos. El riesgo fué significativamente mayor en los pacientes dependientes de insulina. La duración media de la diabetes fué significativamente mayor en el grupo de múltiples dígitos. La participación de más de tres dígitos se relacionó significativamente con diabetes coexistente. En pacientes con diabetes, la incidencia de DR era aproximadamente cuatro veces mayor que en la población general.¹⁶

En cuanto a la causa de la inflamación, puede ser desconocida o producto de enfermedades que causan inflamación, infección, lesión, sobrecarga y tensión, aún cuando también puede estar provocada por la existencia de depósitos de calcio, distensiones o traumatismos repetidos, concentraciones elevadas de colesterol plasmático, artritis reumatoide, gota, psoriasis, enfermedades de la tiroides, una reacción medicamentosa adversa o enfermedades infecciosas como la gonorrea y enfermedad metabólicas como la diabetes,^{5,17} incluso puede verse debido a la fuerte sobrecarga por la práctica de deporte como el tenis, la gimnasia o la escalada. Los músicos (por ejemplo, guitarristas, violinistas o pianistas) también son propensos a sufrir esta lesión por la repetición de movimientos.¹⁷

Para el año 2012, en Europa se publicó una investigación sobre los comportamientos de trabajo y los riesgos para el síndrome de sobreuso ocupacional (síndrome de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo resultante de la postura repetitiva de la mano y el movimiento), en esta se tomó a 867 empleados de siete fábricas diferentes para determinar los grupos que sufrían de dedos en resorte, enfermedad de De Quervain y síndrome del túnel carpiano (STC). Se encontró que las diferencias en los trabajos de mano y las fuerzas de agarre entre los que estaban normales en comparación con los grupos enfermos fueron estadísticamente significativas. Las pautas de trabajo más comunes fueron una carga de trabajo repetitivo con la mano en una postura de una posición de agarre asegurado. Esto representó 43,1% de los casos de los DR, 38,1% en los casos de STC y esta posición con un aumento de la velocidad de contribuir en el patrón de trabajo a 29,8% en pacientes con enfermedad de la Quervain.¹⁸

Clínicamente el paciente con tenosinovitis suele presentar, fuerte dolor punzante, crujido en la articulación afectada con el movimiento. Puede o no sufrir inflamación, enrojecimiento y aumento de temperatura de la zona afectada. Además siempre presenta tumefacción articular en las palmas de las manos. Los pacientes a menudo presentan un nódulo blando palpable en el área engrosada de la polea A1 (que se encuentra a nivel del pliegue palmar distal). Este nódulo se puede palpar con el movimiento del tendón y puede ser doloroso con la palpación profunda.⁶

Desde el punto de vista clínico se reconocen cuatro grados evolutivos de la tenosinovitis, los mismos dependerán del grado de dolor, atrapamiento y/o extensión activa del tendón, siendo la contractura fija el grado más avanzado y la ecografía el método adecuado

para el diagnóstico complementario de esta patología.⁶ La resolución espontánea del DR es rara y si no se trata, permanecerá como una molestia dolorosa; no obstante, si el dedo llega a atraparse, el paciente puede sufrir una rigidez articular permanente.⁶

En cuanto al tratamiento en fases iniciales puede realizarse inmovilización con férula lo cual puede resultar beneficioso en un 50-70% de los casos acompañado del uso de antiinflamatorios orales, aún cuando la infiltración con esteroides y analgésicos locales constituye el tratamiento de elección para esta patología, algunas otras recomendaciones pueden incluir la combinación de descanso, aparatos ortopédicos, aplicación de calor y frío, terapia física u ocupacional; esto en el caso de cualquier tipo de tenosinovitis.^{5,6,17}

Evidentemente el conocimiento detallado de la tenosinovitis en cuanto a su mecanismo de producción, sintomatología, evolución natural, diagnóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial, constituyen un tema de interés debido a su implicación laboral; no solo para el médico especialista sino también para todo el personal en salud tomando en cuenta las complicaciones que esta podría originar, así como también su relación con algunas otras patologías sistémicas.

Por todo lo antes expuesto, el presente estudio pretende servir como marco de referencia para futuras investigaciones encaminadas hacia el manejo de esta patología y al mismo tiempo de motivación para educar a la población médica en general respecto a la enfermedad, en aras de producir cambios en su conducta que vaya a favor del paciente, que es quien constituye en todo caso el fin único del médico.

Del mismo modo este trabajo se plantea como objetivo analizar la frecuencia de tenosinovitis estenosante en pacientes que acudieron a la consulta de reumatología del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, estado Carabobo, 2008-2012, y específicamente, describir las características epidemiológicas de los pacientes según edad, sexo, ocupación, patologías médicas y reumatológicas asociadas, identificar la localización anatómica más frecuente, método diagnóstico utilizado (clínico o imagenológico), tratamiento y grado evolutivo de la enfermedad, así como determinar la correlación entre la ocupación y las patologías médicas y reumatológicas asociadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, no experimental con un diseño correlacional y un universo

constituido por 285 historias de pacientes con diagnóstico de tenosinovitis estenosante, durante el período Enero 2008-Diciembre 2012.

Fué seleccionada una muestra no probabilística de tipo intencional integrada por 105 historias de los pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos de tenosinovitis estenosante evaluados por médico reumatólogos.

Para la recolección de datos fue elaborada una ficha de acuerdo a los objetivos de la investigación, en atención a las variables edad, sexo, ocupación, patologías médicas y reumatológicas asociadas, localización anatómica, método diagnóstico, tratamiento y grado evolutivo.

Una vez recolectados los datos, fueron ordenados, tabulados y procesados, a través del paquete Statgraphics 5.1, utilizando para el análisis descriptivo las variables frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Para establecer la correlación entre ocupación, patologías médicas y reumatológicas asociadas y tenosinovitis estenosante se utilizó chi cuadrado (X^2). Los resultados fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias y de asociación.

RESULTADOS

De los 285 casos de reumatismo de partes blandas, 105 fueron diagnosticados con tenosinovitis estenosante representando una frecuencia de 36,84%.

En estos 105, se registró una edad promedio de 55,32 años $\pm$ 0,97, con una variabilidad promedio de 9,91, una edad mínima de 32 años, una máxima de 86 años y un coeficiente de variación del 18% (serie homogénea entre sus datos), con mayor frecuencia de pacientes con edades entre los 54 y 64 años en 38,10% (40 casos) seguidos de aquellos con edades entre los 43 y 53 años 31,43% (33 casos) (Tabla 1).

Se encontró predominio de sexo femenino con 80% (84 casos). En lo que respecta a la ocupación fueron más frecuentes aquellas personas dedicadas a oficios del hogar en 71,43% (75 casos) seguidos de obreros con 13,33% (14 casos) (Tabla 1).

De estos pacientes con tenosinovitis estenosante 63,81% presentó patologías médicas asociadas (67 casos), siendo más frecuentes Diabetes mellitus (41 casos) e Hipertensión Arterial (33 casos).

Igualmente, 59,05% (62 casos) de los pacientes

con tenosinovitis estenosante presentó algún antecedente de patología reumatológica, siendo la más frecuente la osteoartritis (30 casos) y la Tendinitis D'Quervain (29 casos) (Tabla 2).

La localización anatómica más frecuente de la tenosinovitis estenosante fue el dedo anular representando un 45,71% de la muestra en estudio (48 casos) en ambos sexos, seguidos del dedo pulgar con 23,81% (25 casos) y en tercer lugar el dedo índice y el dedo medio con similar porcentaje (12,38%) (Tabla 3).

El diagnóstico más frecuente fue médico en 100% (105 casos). El tratamiento más utilizado fue la administración de Aines con infiltración representando un 75,24% (79 casos); en cuanto a la evolución la remisión predominó con un 80% (84 casos) (Tabla 4).

En los pacientes, el antecedente reumático más frecuentes fue oficios del hogar en 43,81% (46 casos) seguido de obreros en 9,52% (10 casos); no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2= 7,91$; 6 gl; $P= 0,2446 > 0,05$). (Tabla 5).

Igualmente, la presencia de patologías médicas asociadas predominaron en pacientes con oficio del hogar en 50,48% (53 casos), no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. ($X^2=11,31$; 6 gl; $P= 0,0791 > 0,05$) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Al comparar los resultados obtenidos en esta investigación con los obtenidos en otra realizada en Ecuador, llama la atención que en ésta se encontró 105 casos diagnosticados de la enfermedad (21 casos/año aproximadamente); en contraste con 42 casos en cinco años, lo que representa 8,4 casos/año en la segunda, esto permite establecer que la prevalencia de esta enfermedad en el presente estudio resultó superior a la encontrada por en el segundo.¹⁴

En relación a los rangos de edades encontrados los resultados contrastan con los referidos por otra investigación realizada en Madrid la cual señala que los grupos de edad más afectados comprenden dos picos clásicos, ubicado el primero en los adolescentes (11-20 años) y el segundo en el adulto joven (41 a 50 años),¹⁴ en el presente estudio hubo una distribución casi homogénea entre los 54 y 64 años.

En cuanto al sexo, predominó el femenino similar a lo encontrado en la revisión de Galarza P y col

Tabla 1. Caracterización de los pacientes con tenosinovitis estenosante según edad, sexo, ocupación patologías médicas y reumatológicas asociadas en un Hospital Universitario.

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
32 – 42	11	10,48	1	0,95	12	11,43
43 – 53	25	23,81	8	7,62	33	31,43
54 – 64	35	33,33	5	4,76	40	38,10
65 – 75	12	11,43	6	5,71	18	17,14
76 – 86	1	0,95	1	0,95	2	1,90
Ocupación	f	%	f	%	f	%
Oficios Del Hogar	69	65,71	6	5,71	75	71,43
Obrero	2	1,90	12	11,43	14	13,33
Costurera	6	5,71	0	0	6	5,71
Mecánico	2	1,90	2	1,90	4	3,81
Secretaria	3	2,86	1	0,95	4	3,81
Docente/Educador	1	0,95	0	0	1	0,95
Enfermera	1	0,95	0	0	1	0,95
Antecedente Médico	f	%	f	%	f	%
No	29	27,62	9	8,57	38	36,19
Si	55	52,38	12	11,43	67	63,81
Antecedente Reumático	f	%	f	%	f	%
No	34	32,38	9	8,57	43	40,95
Si	50	47,62	12	11,43	62	59,05
Total	84	80	21	20	105	100

Tabla 2. Tipo de antecedentes de los pacientes con tenosinovitis estenosante en un Hospital Universitario.

Presencia de Antecedente reumático	f	%
No	43	38,39
Si	62	59,05
Tipo	f	%
Osteoartrosis	30	48,49
Tendinitis D´Quervain	29	46,77
Osteoporosis	5	8,06
Artritis Reumatoidea	3	4,84
Gota	2	3,23
Presencia de antecedente médico	f	%
No	38	31,15
Si	62	
Tipo	f	%
Diabetes mellitus	41	61,19
Hipertensión Arterial	33	49,25
Asma	1	1,49
Gastritis	0	0
Hipotiroidismo	1	1,49
Ecv	4	5,97
Vitiligo	1	1,49
Dislipidemia	3	4,48

Fuente: Historias médicas 2013. Hospital Adolfo Prince Lara

Tabla 3. Localización anatómica más frecuente de tenosinovitis estenosante en pacientes de un Hospital Universitario.

Localización	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Anular	38	36,19	10	9,52	48	45,71
Pulgar	17	16,19	8	7,62	25	23,81
Índice	12	11,43	1	0,95	13	12,38
Medio	11	10,48	2	1,90	13	12,38
Anular /Medio	2	1,90	0	0	2	1,90
Índice/Medio	3	2,85	0	0	3	2,86
Pulgar/ Índice	1	0,95	0	0	1	0,95
Total	84	80	21	20	105	100

Fuente: Historias médicas. 2013. Hospital “Adolfo Prince Lara”

donde se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de tenosinovitis estenosante.¹⁴

Por otra parte la ocupación predominante fue la de oficios del hogar (71,43%) seguida de obreros (13,33%) lo cual contrasta con lo referido en una investigación realizada por Laoopugsin N y Laoopugsin S., quienes determinan que la carga de trabajo repetitivo con la mano en una postura de una posición de agarre asegurado (obreros) como circunstancia predisponente a DR representó el 43,1% de los casos.¹⁸

En relación a los antecedentes médicos resaltó la Diabetes mellitus (61,19%) lo cual es referido en por Koh; Nakamura; Hattori ; Hirata, quienes señalaron que existe un riesgo relativamente mayor de padecer tenosinovitis en aquellos pacientes diabéticos,¹⁶ siendo que en pacientes con diabetes, la incidencia de dígitos de activación aproximadamente es cuatro veces mayor que en la población general.^{15,16}

En cuanto a las patologías reumatológicas asociadas predominantes se encontró en orden de frecuencia la osteoartritis (48,49%) y la tendinitis D´Quervain (46,77); resultados similares a los reportados en el 2013 por Wessel y colaboradores quienes totalizaron 41% de probabilidades de padecer DR y al mismo tiempo tendinitis D´Quervain, sobre todo cuando se ve afectado más de un dígito, concluyendo que la conciencia de esta asociación puede ayudar en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de dicha patología.¹⁹

En el caso de la localización anatómica más frecuente resultó ser el dedo anular representando un 45,71% de la muestra en estudio (48 casos); siendo además la más frecuente en ambos sexos lo cual difiere de lo publicado por Galarza quien describió que el dígito más comprometido fue el pulgar (67,4%);¹⁴ no obstante, fue el segundo dígito afectado en orden de frecuencia en esta investigación con un 23,81%.

En cuanto al diagnóstico, el mismo fue clínico en el 100% de los casos y el tratamiento con infiltración de esteroides y AINES por vía oral el usado en el 80%, siendo esto lo recomendado por las Sociedades de Reumatología de diversos países.

Se concluye que la tenosinovitis estenosante constituyó más de un tercio de los reumatismos de partes blandas, que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital Adolfo Prince Lara; durante el periodo de estudio en pacientes con predominio de sexo femenino, en edad productiva, siendo las patologías médicas predominantes la diabetes e hipertensión arterial y las patologías reumatológicas asociadas: la osteoartritis y tendinitis D´Quervain ; la ocupación más frecuente fue oficios del hogar, el dígito más afectado el anular; el 100% de los casos tuvo diagnóstico clínico y hubo 80% de remisión de los casos posterior a la infiltración local y administración de analgésicos antiinflamatorios vía oral.

Al relacionar las patologías médicas y reumatológicas asociadas con la ocupación se encontró que no hubo asociación estadísticamente significativa entre dichas variables.

Tabla 4. Tipo de diagnóstico, tratamiento y evaluación de la tenosinovitis estenosante de un Hospital Universitario.

	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Diagnóstico						
Clínico	84	80	21	20	105	100
Imagen	0	0	0	0	0	0
Tratamiento	f	%	f	%	f	%
Aines	20	19,05	4	3,81	24	22,86
Aines + infiltración	63	60	16	15,24	79	75,24
Infiltración con esteroides	1	0,95	1	0,95	2	1,90
Evolución	f	%	f	%	f	%
Remisión	66	62,86	18	17,14	84	80
Recidiva	18	17,14	3	2,86	21	20
Total	84	80	21	20	105	100

Fuente: Historias médicas. 2013. Hospital “Adolfo Prince Lara”

Tabla 5. Relación entre la ocupación y las patologías médicas asociadas a tenosinovitis estenosante en pacientes de un Hospital Universitario.

Ocupación	Antecedente de reumatismo				Total	
	No		Si		f	%
	f	%	f	%		
Oficios Del Hogar	29	27,62	46	43,81	75	71,43
Obrero	4	3,81	10	9,52	14	13,33
Costurera	4	3,81	2	1,90	6	5,71
Mecánico	3	2,86	1	0,95	4	3,81
Secretaria	1	0,95	3	2,86	4	3,81
Docente/Educador	1	0,95	0	0	1	0,95
Enfermera	1	0,95	0	0	1	0,95
Total	43	40,95	62	59,05	105	100
Ocupación	Antecedente médico				Total	
	No		Si		f	%
	f	%	f	%		
Oficios Del Hogar	22	20,95	53	50,48	75	71,43
Obrero	7	6,67	7	6,67	14	13,33
Costurera	2	1,90	4	3,81	6	5,71
Mecánico	2	1,90	2	1,90	4	3,81
Secretaria	4	3,81	0	0	4	3,81
Docente/Educador	0	0	1	0,95	1	0,95
Enfermera	0	0	1	0,95	1	0,95
Total	37	35,24	68	64,76	105	100

Fuente: Historias médicas. 2013. Hospital “Adolfo Prince Lara”

Se recomienda la realización de otros estudios en un mayor número de pacientes, para así obtener mayor información en relación al impacto que podría estar ejerciendo esta patología en Venezuela, tomando en cuenta además, su repercusión en la vida laboral de las personas, así como las limitaciones que podría ésta ejercer en la movilidad de la mano y sus complicaciones.

Es necesario establecer un diagnóstico precoz y seguimiento de la enfermedad, con el objeto de retardar y atenuar la evolución natural de la misma; asimismo, resulta idóneo llevar a cabo un estudio acerca de las complicaciones que esta patología conlleva y su relación con la ocupación y presencia de patologías metabólicas como la diabetes mellitus.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sheon R., Moskowitz R. Goldberg M. Soft Tissue Rheumatic Pain. Recognition, Management, prevention. Second Edition. Philadelphia 1978.
- 2) González D, Sabino A. Factores de riesgo relacionados con los trastornos musculoesqueléticos. Universidad Politécnica de Valencia. [citado 2014-02-25], (2 pantalla) disponible en: <http://www.ergonautas.upv.es/art-tech/tme/TME%20indice.htm>
- 3) Universidad de la Frontera. Compendio de reumatología. Junio 2009 (acceso 01 de agosto de 2013) Apuntes de Reumatología (1 pantalla) disponible en: <http://docs.com/KXCS>.
- 4) Colombiana de Salud. Junio 2012 (acceso 02 de agosto de 2013). Reumatismo de partes blandas (1 pantalla) disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/Guias_medicinas_Especializada/Guias%20consulta%20especializada/Reumatologica/09%20reumatismo%20de%20partes%20blandas.pdf
- 5) Medline Plus. Noviembre 2012. (acceso 25 de febrero 2014). Tenosinovitis. (1 pantalla). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001242.htm>
- 6) Chaves A. Tenosinovitis Estenosante del Tendón Flexor (Dedo en Resorte). Medicina Legal de Costa Rica. [revista en la Internet]. 2008 marzo [citado 2014 Dic 15]; 25 (1). Disponible en: <http://tulesion.com/Ficheros/423.pdf>
- 7) Gorsche R, Wiley JP, Renger R, Brant R, Gemer TY, Sasyniuk TM. Prevalence and incidence of stenosing flexor tenosynovitis (trigger finger) in a meat-packing plant. Journal of Occupational and Environmental Medicine [revista en la Internet]1998 [citado 2014 Feb 27]; 40(6): 556-60. Disponible en: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/9636936/Prevalence_and_incidence_of_stenosing_flexor_tenosynovitis_trigger_finger_in_a_meat_packing_plant_
- 8) Trezies AJ, Lyons AR, Fielding K, Davis TR. Is occupation an aetiological factor in the development of trigger finger?. The Journal of Hand Surgery 1998; 23(4): 539-40.
- 9) Moore JS. Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb). The Journal of Occupational and Environmental Medicine 2000; 42(5): 526-45.
- 10) Blyth MJ, Ross DJ. Diabetes and trigger finger. The Journal of Hand Surgery 1996; 21(2): 244-5.
- 11) Chammas M, Bousquet P, Renard E, Poirier JL, et al. Dupuytren's disease, carpal tunnel syndrome, trigger finger, and diabetes. The Journal of Hand Surgery 1995; 20(1): 109-14.
- 12) Rodgers WB, Waters PM. Incidence of trigger digits in newborns. The Journal of Hand Surgery 1994; 19(3): 364-8.
- 13) Van den Borne MP, Custers FJ, van der Aa JP, van der Eijken JW. 'Trigger thumb' in 38 children: good short-term and long-term results. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2000; 144(8): 374-7.
- 14) Galarza A, Ruibal M, Sagasti D, Maldonado J, Morán J, Salgado F. Dedo en gatillo: frecuencia y presentación en el Hospital Eugenio Espejo entre enero de 1994 y marzo de 1999. Metro cienc. [revista en la Internet]. 2000 Abril [citado 2014 Ene 25]; 9(1): 36-7. Disponible

- en: <http://pesquisa.bvsa.org/portal/resource/es/lil-278961>.
- 15) Kameyama M, Meguro S, Funae O, Atsumi Y, Ikegami H. La presencia de la movilidad articular limitada se asocia significativamente con la participación de varios dígitos por tenosinovitis estenosante del flexor en los diabéticos. *J Rheumatol*. [revista en la Internet]. 2009 Agosto. [citado 2014 Ene 25]; 36(8): 1686-90. Disponible en: <http://pesquisa.bvsa.org/portal/resource/es/mdl-19531745>.
- 16) Koh S, Nakamura S, Hattori T, Hirata H. Trigger digits in diabetes: their incidence and characteristics. *J Hand Surg Eur*. [revista en la Internet]. 2010 May [citado 2014 Ene 25]; 35(4):302-5.
- 17) Fundación de Artritis. Tenosinovitis. Marzo 2013 (acceso 25 de febrero). Tenosinovitis (1 pantalla). Disponible en: <http://www.arthritis.org/espanol/disease-center/tenosinovitis/>.
- 18) Laoopugsin N, Laoopugsin S. The study of work behaviours and risks for occupational overuse syndrome. *Hand Surg*. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2014 Ene 25]; 17(2):205-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22745084>.
- 19) Wessel LE, Fufa DT, Boyer MI, Calfee RP. Epidemiology of carpal tunnel syndrome in patients with single versus multiple trigger digits. *J Hand Surg Am*. [revista en la Internet]. 2013 Jan [citado 2014 Ene 25]; 38(1):49-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200219>.