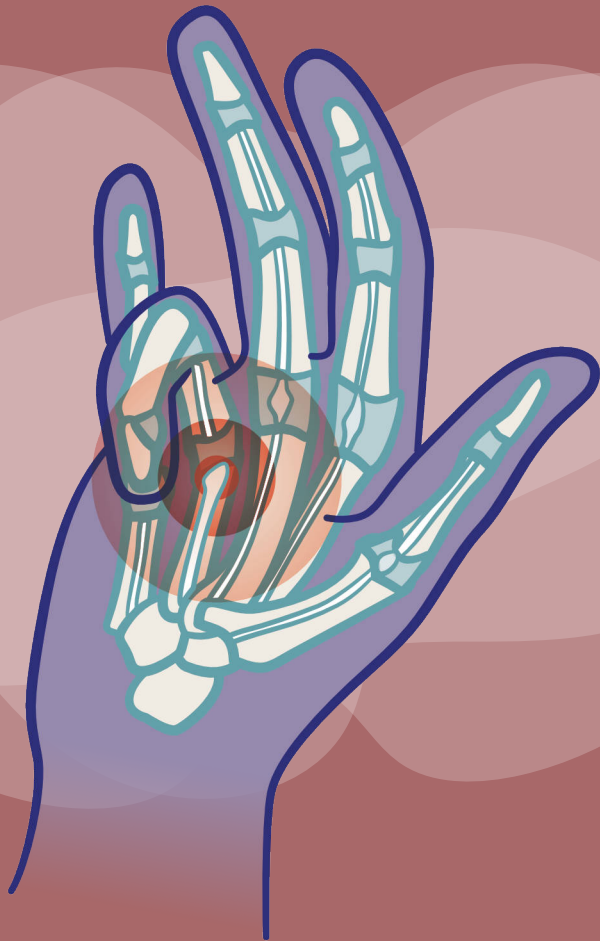


Kako-atzamarra



Zer da?

Kako-atzamarra jazotzen da atzamarrak tolesten dituzten tendoiak puztu eta loditzen direnean, zailtzen duena polea izeneko egitura batzuetatik irristatzea. Horrek eragin dezake:

- Atzamarra tolesteko zailtasuna.
- Klaska edo "klik" mugitzean.
- Harrapaturik dagoen sentsazioa.
- Mina atzamarraren oinarrian.

Zergatik jazotzen da?

Kasu gehienetan, ez da arrazoi zehatzik ezagutzen. Hala ere, zenbait baldintzak arriskua handitzen dute, hala zelan:

- Diabetesak (jazotzeko % 10 probabilitate handiagoa).
- Arthritis erreumatoideak eta hanturazko beste gaixotasun batzuek.
- Hipotiroidismoak.
- Karpoko kanalaren sindromeak edo tendinitis kaltzifikatzaileak.

Zelan diagnostikatzen da?

Diagnostikoa pazientearen miaketa fisikoan eta sintometan oinarritzen da. A1 atzamarreko lehenengo poleapean tendoia-
ren lodiera senti daiteke, eta kasu batzuetan, atzamarra blo-
keatuta geratu.

Normalean, ez da proba gehigarri behar, non eta ez dauden beste baldintza mediko batzuk elkarturik.

Tratamendu ez-kirurgikoa

Kirurgia erabaki aurretik, aukera hauekin proba egin daitezke:

- **Ferulak:** Egunez edo gauez erabil daitezke, harrapatzea ekiditeko.
- **Hanturaren aurkako medikazioa** (medikuaren gomendioz bakarrik).
- **Kortikoideak infiltratzea:** inflamazioa txikiagotzen du eta tendoia irristatzea erraztu. Zenbait kasutan, 3 infiltrazio ere egin daitezke.
- **Fisioterapia** mugikortasuna hobetzeko eta hantura txikiagotzeko.

Tratamendu kirurgikoa

Aurreko tratamenduek funtzionatzen ez badute edo sintomak oso mugatzaileak badira, kirurgia gomendatzen da.

- **Tokiko anestesia eta sedazioz** egiten da, ospitalizatu barik.
- Esku-ahurrean ebaki txikia eginik (1-2 cm) kalteturiko polea askatzen da tendoia aske mugi dadin.

Normalean, hobekuntza arin izaten da, kakotuta egon barik. Garrantzitsua da mobilizazio aktiboak egitea kirurgia egin eta berehala, mina, zurruntasuna eta tendoietako atxikidurak izateko arriskua ekiditeko, bai eta MEKs ere (min erregional konplexuaren sindromea).

Batzuetan, tratamendu hori larruan zehar orratzez egin daiteke eta ekografiarekin gidatuta. Ekografia Interbentzionistako Zerbitsuak egiten du, polea larruan ebaki handirik egin barik ireki dadin. Arazoa jazotzeko tasa handiagoarekin erlaziona-
tzen da.

Kirurgiaren osteko gomendioak

Arin eta arazo barik suspertzeko, lehenengo aste bietan jarraibide hauek bete behar dira:

- **Mina kontrolatzea:** Lehenengo 48 orduetan errezetatutako analgesia hartu behar da, eta gero, beharrezkoa bada baka-
rrik. Garrantzitsua da minik sentitu barik atzamarrak mugitu
ahal izatea.
- **Eskua altxaturik edukitzea:** Egunez beso-euskarria erabili
behar da, eta gauez burkoa, hantura eta mina txikiagotzeko.
- **Mugikortasun-ariketak egitea:** Kirurgiaren ostean atzama-
rrak berehala mugitzen hasi behar da, zurruntasuna eta
atxikidurak ekiditeko. Ez da puntuak edo bendajea kendu
arte zain egon behar.
- **Pisu-kargarik ez:** Pisu-kargak ekidin behar dira harik eta
kirurgiaren osteko bigarren hilabetera arte.
- **Bendaje eta zauriaren zainketa:** Garbi eta lehor eduki behar
dira harik eta lehenengo berrikuspena egin arte. Esan behar
da puntuak birxurgagarriak diren edo kendu egin behar
diren. Zauria itxi ostean, krema hidratatzailez masajea eman
behar da orbain gogorrak ekiditeko.

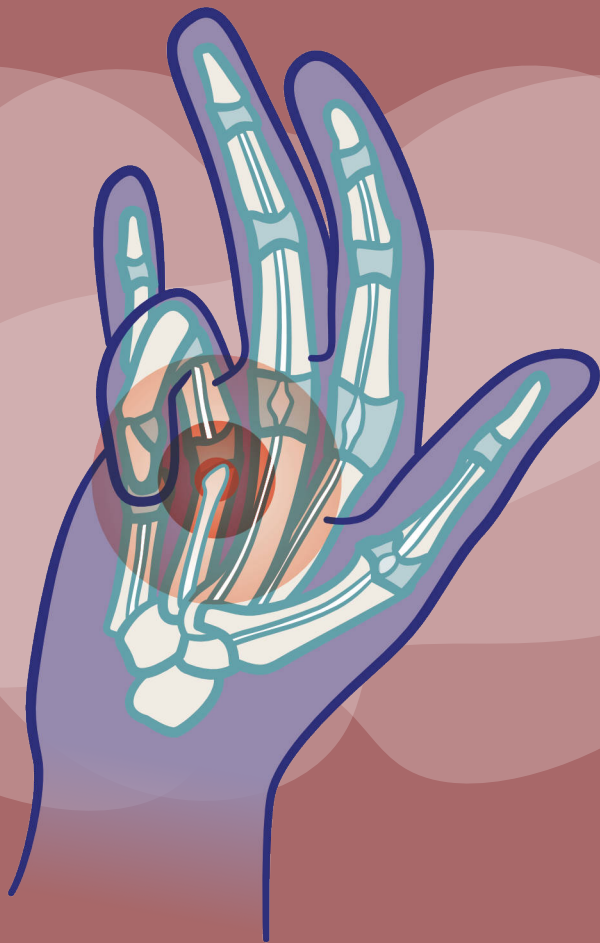
Kirurgia egin ostean orbaina sentibera edo mingarria izan
daiteke hilabeteetan (ekidin behar da gainean bermatzea).

Konplikaziorik egon daiteke?

Konplikazioak ez dira oso normalak, baina hauek izan daitezke:

- Gertuko nerbioen lesioa.
- Tendoien hantura.
- Zauriaren bilakaera txarra (infekzioa, itxiera atzeratzea,
zurruntasuna).
- Atzamarren zurruntasuna, ariketa gomendatuak egiten
ez badira.
- Gaixoberritzea: Hanturazko gaixotasuna denez, berriro
ager daiteke atzamar berean edo beste batean.

Dedo en resorte



¿Qué es?

El dedo en resorte ocurre cuando los tendones que flexionan los dedos se inflaman y se engrosan, dificultando su deslizamiento a través de unas estructuras llamadas poleas. Esto puede provocar:

- Dificultad para flexionar el dedo.
- Un chasquido o "click" al moverlo.
- Sensación de atrapamiento.
- Dolor en la base del dedo.

¿Por qué ocurre?

En la mayoría de los casos, la causa exacta es desconocida. Sin embargo, algunas condiciones aumentan el riesgo, como:

- Diabetes (hasta un 10% más de probabilidad de desarrollarlo).
- Artritis reumatoide y otras enfermedades inflamatorias.
- Hipotiroidismo.
- Presencia de síndrome del túnel carpiano o tendinitis calcificante.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en la exploración física y los síntomas del paciente. Se puede sentir el engrosamiento del tendón bajo la primera polea del dedo (A1) y en algunos casos, el dedo puede quedarse bloqueado.

Por lo general, no se necesitan pruebas adicionales a menos que existan otras condiciones médicas asociadas.

Tratamiento no quirúrgico

Antes de considerar la cirugía, se pueden probar las siguientes opciones:

- **Férulas:** pueden usarse de día o de noche para evitar el atrapamiento.
- **Medicación antiinflamatoria** (solo bajo recomendación médica).
- **Infiltración de corticoides:** reduce la inflamación y facilita el deslizamiento del tendón. En algunos casos, pueden necesitarse hasta 3 infiltraciones.
- **Fisioterapia** para mejorar la movilidad y reducir la inflamación.

Tratamiento quirúrgico

Si los tratamientos anteriores no funcionan o los síntomas son muy limitantes, se recomienda la cirugía.

- Se realiza con **anestesia local y sedación**, sin necesidad de hospitalización.
- A través de un pequeño corte en la palma (1-2 cm), se libera la polea afectada para que el tendón pueda moverse libremente.

Habitualmente, hay una mejoría rápida con ausencia de engatillamiento. Es importante realizar movilizaciones activas inmediatamente tras la cirugía para evitar el riesgo de dolor, rigidez y adherencias tendinosas, así como de SDRC (síndrome del dolor regional complejo).

En ocasiones este tratamiento puede realizarse de forma percutánea con agujas y guiada por ecografía. Se lleva a cabo por el servicio de Ecografía Intervencionista buscando la apertura de la polea sin realizar una incisión amplia de la piel. Se relaciona con mayor tasa de recidivas.

Recomendaciones tras la cirugía

Para asegurar una recuperación rápida y sin complicaciones, es necesario seguir estas indicaciones en las dos primeras semanas:

- **Control del dolor:** tomar la analgesia recetada durante las primeras 48 horas y luego solo si es necesario. Es importante poder mover los dedos sin sentir dolor.
- **Mantener la mano elevada:** usar un cabestrillo de día y una almohada por la noche para reducir la inflamación.
- **Ejercicios de movilidad:** empezar a mover los dedos de inmediato tras la cirugía para evitar rigidez y adherencias. No esperar a retirar los puntos o el vendaje para hacerlo.
- **Carga de peso:** evitar la carga de pesos hasta el segundo mes tras la cirugía.
- **Vendaje y cuidado de la herida:** mantener limpio y seco hasta la primera revisión. Se indicará si los puntos son reabsorbibles o deben retirarse. Una vez cerrada la herida, masajear la zona con crema hidratante para evitar cicatrices duras.

La cicatriz puede ser sensible o dolorosa durante meses después de la cirugía (evitar el apoyo directo sobre la zona).

¿Puede haber complicaciones?

Las complicaciones son poco frecuentes, pero pueden incluir:

- Lesión de los nervios cercanos.
- Inflamación de los tendones.
- Mala evolución de la herida (infección, retraso en el cierre, rigidez)
- Rigidez de los dedos si no se realizan los ejercicios recomendados.
- Recaída: debido a la naturaleza inflamatoria de la enfermedad, puede volver a aparecer en el mismo dedo o en otro.