

Rehabilitasi Medik Multimodal Berpanduan Ultrasonografi pada *Trigger Finger*: Sebuah Laporan Kasus

Sandra Rini¹, Dewi Nur Fiana¹

¹Bagian Instalasi Rehabilitasi Medik, Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung

Abstrak

Trigger finger (stenosing flexor tenosynovitis) merupakan salah satu gangguan muskuloskeletal tangan yang sering dijumpai, ditandai dengan nyeri, kekakuan, serta fenomena “klik” atau locking akibat penebalan A1 pulley yang menghambat pergerakan tendon fleksor. Kondisi ini umumnya menyerang wanita usia lanjut dan sering dikaitkan dengan aktivitas berulang yang menyebabkan mikrotrauma kronik pada sistem tendon-pulley. Pemeriksaan ultrasonografi muskuloskeletal berperan penting dalam menegakkan diagnosis serta memandu intervensi non-bedah seperti injeksi kortikosteroid dengan panduan ultrasonografi. Seorang wanita berusia 67 tahun datang dengan keluhan nyeri dan kaku pada jari tengah tangan kanan selama enam bulan terakhir. Diagnosis *trigger finger* digiti III manus dextra grade III (klasifikasi Green) ditegakkan berdasarkan temuan klinis berupa nyeri tekan, bunyi klik, dan fenomena locking, serta hasil ultrasonografi yang menunjukkan penebalan A1 pulley dan tenosinovitis. Penatalaksanaan dilakukan dengan pendekatan rehabilitasi medik multimodal, meliputi Shortwave Diathermy (SWD), terapi ultrasonik, dan injeksi kortikosteroid intratekal (triamsinolon) dengan panduan ultrasonografi. Setelah empat minggu terapi, pasien menunjukkan penurunan nyeri (VAS dari 6 menjadi 1), hilangnya locking, serta pemulihan fungsi aktivitas tangan secara penuh. Pendekatan rehabilitasi medik berbasis ultrasonografi terbukti efektif, aman, dan efisien dalam menurunkan nyeri, memperbaiki fungsi tendon, serta mempercepat pemulihan pada kasus *trigger finger* non-bedah. Kombinasi modalitas fisik dan injeksi berpanduan ultrasonografi menjadi pilihan terapi utama yang mampu mengurangi angka kekambuhan serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci: *Trigger finger*, A1 pulley, rehabilitasi medik, ultrasonografi, injeksi kortikosteroid

Multimodal Medical Rehabilitation with Ultrasound Guidance in *Trigger Finger*: A Case Report

Abstract

Trigger finger (stenosing flexor tenosynovitis) is a commonly encountered musculoskeletal disorder of the hand, characterized by pain, stiffness, and a “clicking” or locking phenomenon caused by thickening of the A1 pulley that impedes flexor tendon movement. This condition predominantly affects elderly women and is often associated with repetitive activities that result in chronic microtrauma of the tendon-pulley system. Musculoskeletal ultrasonography plays an important role in establishing the diagnosis and guiding non-surgical interventions such as USG-guided corticosteroid injection. A 67-year-old woman presented with complaints of pain and stiffness in the middle finger of the right hand for the past six months. The diagnosis of *trigger finger* digiti III manus dextra grade III (Green’s classification) was established based on clinical findings of tenderness, clicking, and locking phenomenon, as well as ultrasonographic findings demonstrating A1 pulley thickening and tenosynovitis. Management was performed using a multimodal medical rehabilitation approach, including Shortwave Diathermy (SWD), therapeutic ultrasound, and intrathecal corticosteroid injection (triamcinolone) under ultrasound guidance. After four weeks of therapy, the patient demonstrated pain reduction (VAS from 6 to 1), resolution of locking, and full recovery of hand functional activity. Ultrasound-based medical rehabilitation approach proved to be effective, safe, and efficient in reducing pain, improving tendon function, and accelerating recovery in non-surgical *trigger finger* cases. The combination of physical modalities and ultrasound-guided injection represents a primary therapeutic option capable of reducing recurrence rates and improving patients’ quality of life.

Keywords: *Trigger finger*, A1 pulley, medical rehabilitation, ultrasonography, corticosteroid injection

Korespondensi: Sandra Rini, alamat Gedung Rejo Sakti, Kec. Penawar Aji, Lampung, HP 082176623233, e-mail rinii.sandraa@gmail.com

Pendahuluan

Trigger finger (stenosing flexor tenosynovitis) merupakan kelainan muskuloskeletal yang sering menyebabkan nyeri, kaku, dan “klik” atau “locking” pada jari akibat peradangan serta penebalan A1 pulley yang menghambat pergerakan tendon fleksor.¹ Kondisi ini memiliki prevalensi 2–3% pada populasi dewasa dan lebih sering terjadi pada

wanita usia 50 hingga 60 tahun, terutama pada jari tengah dan manis tangan dominan.²

Trigger finger merupakan manifestasi *overuse syndrome* akibat aktivitas menggenggam berulang yang memicu mikrotrauma kronik pada tendon fleksor dan A1 pulley. Secara patofisiologis, stres mekanik berulang menimbulkan proses inflamasi dan perubahan degeneratif berupa penebalan A1

pulley, edema tendon, serta peningkatan gesekan pada sistem tendon–*pulley*. Kondisi tersebut menyebabkan hambatan pergerakan tendon fleksor selama fleksi dan ekstensi jari, yang secara klinis bermanifestasi sebagai nyeri lokal, kekakuan, serta fenomena “klik” atau *locking* akibat stenosis pada jalur tendon.³

Diagnosis umumnya ditegakkan melalui temuan klinis berupa nyeri tekan di pangkal jari, bunyi “klik”, dan fenomena *locking*, sementara ultrasonografi muskuloskeletal berperan penting dalam mengonfirmasi penebalan struktur tendon–*pulley* serta memandu intervensi terapeutik secara presisi.⁴

Tatalaksana konservatif pada *trigger finger* meliputi *splinting*, terapi fisik (*Shortwave Diathermy* (SWD) dan *ultrasound therapy*), serta injeksi kortikosteroid intratekal yang efektif mengurangi nyeri dan peradangan.^{1,2} Pendekatan terkini menggunakan panduan ultrasonografi terbukti lebih akurat dan mempercepat pemulihan dibanding metode “*blind*”.⁴ Untuk kasus refrakter, *ultrasound-guided percutaneous A1 pulley release* menjadi pilihan minimal invasif dengan hasil sebanding operasi terbuka dan risiko komplikasi lebih rendah.^{5,6} Kombinasi tindakan tersebut dengan injeksi kortikosteroid menunjukkan perbaikan fungsi dan kepuasan pasien lebih tinggi.^{3,7}

Pendekatan rehabilitasi medik yang mengintegrasikan terapi fisik, farmakologis, dan intervensi *ultrasonography-guided* terbukti mempercepat pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan *trigger finger*.⁸

Laporan kasus ini disusun untuk memberikan gambaran klinis, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan dengan pendekatan rehabilitasi medik multimodal berpanduan ultrasonografi pada pasien *trigger finger*. Studi ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai karakteristik klinis, proses diagnostik berbasis ultrasonografi muskuloskeletal, serta efektivitas pendekatan terapi non-bedah pada pasien dengan *trigger finger* guna menurunkan nyeri, memperbaiki fungsi tendon, dan meningkatkan luaran fungsional pasien.

Kasus

Pasien Ny. M, usia 67 tahun, seorang ibu rumah tangga, datang dengan keluhan nyeri dan kaku pada jari tengah tangan kanan.

Aktivitas sehari-hari pasien melibatkan pekerjaan rumah tangga seperti mengulek sambal secara berulang, yang menjadi faktor predisposisi utama timbulnya *trigger finger* akibat mikrotrauma kumulatif pada tendon fleksor dan A1 *pulley*.¹

Pasien mengeluh nyeri di pangkal jari tengah tangan kanan sejak enam bulan lalu, makin memberat dua bulan terakhir dengan bunyi “klik” saat meluruskan jari dan fenomena *locking*. Nyeri tumpul menusuk (VAS 6 dari 10) terutama saat menggenggam alat masak. Pemeriksaan fisik menunjukkan nyeri tekan pada A1 *pulley*, teraba nodul kecil pada tendon fleksor, *locking test* positif, *pain on flexion* positif, sedangkan *Phalen* dan *Finkelstein sign* negatif. Berdasarkan *Green’s classification*, kasus dikategorikan grade III (*locking* dapat dikoreksi pasif).²



Gambar 1. Pemeriksaan fisik pra-terapi: fenomena *snapping finger*

Berdasarkan hasil pemeriksaan lingkup gerak sendi, bahu kanan dan kiri menunjukkan rentang gerak normal pada fleksi dan abduksi (0–180°) tanpa keterbatasan. Sendi siku kanan dan kiri juga berada dalam batas normal pada gerakan fleksi dan ekstensi (0–145°) dengan temuan simetris. Pergelangan tangan kanan dan kiri menunjukkan rentang gerak normal pada fleksi (0–80°) dan ekstensi (50–70°), tanpa disertai keluhan nyeri. Pada jari tengah tangan kanan, ditemukan keterbatasan fleksi disertai fenomena *locking* positif sesuai dengan area keluhan, sementara jari tengah tangan kiri dalam batas normal. Pemeriksaan leher servikal menunjukkan rentang gerak normal pada fleksi (0–40°) dan rotasi (0–80°) tanpa nyeri leher.

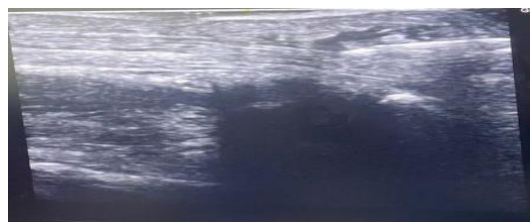
Pemeriksaan penunjang ultrasonografi muskuloskeletal (USG MSK) tangan kanan memperlihatkan penebalan tendon fleksor digit III pada area A1 *pulley* tanpa tanda ruptur, sesuai gambaran *entrapment* dan tenosinovitis. Temuan ini menegaskan diagnosis *stenosing flexor tenosynovitis* akibat inflamasi kronik dan stenosis kanal tendon.⁸



Gambar 2. Ultrasonografi muskuloskeletal pra-terapi: *entrapment* dan tenosinovitis

Pasien didiagnosis dengan *trigger finger* digiti III manus dextra, *Green's classification grade III*. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis, hasil pemeriksaan fisik, serta bukti sonografi yang menunjukkan penebalan A1 *pulley* dan tenosinovitis. Kondisi ini sesuai dengan patomekanisme yang melibatkan ketidaksesuaian antara diameter tendon dan kanal fibro-osseus akibat penggunaan berulang.³

Penatalaksanaan dilakukan dengan pendekatan multimodal yang meliputi: (1) Shortwave Diathermy (SWD) selama 10 menit dengan frekuensi 27,12 MHz untuk meningkatkan sirkulasi lokal dan menurunkan inflamasi;⁸ (2) Terapi Ultrasonik (USG *therapy*) dengan frekuensi 1 MHz, intensitas 1,0 W/cm² selama 5 menit untuk meningkatkan elastisitas tendon dan mengurangi nyeri;⁸ (3) Injeksi kortikosteroid USG-guided menggunakan metilprednisolon 10 mg disuntikkan tepat di bawah A1 *pulley* dengan teknik *in-plane longitudinal*, sehingga meningkatkan akurasi dan menurunkan risiko komplikasi dibandingkan teknik *blind*.⁴



Gambar 3. Ultrasonografi muskuloskeletal injeksi kortikosteroid berpanduan USG pada A1 *pulley* digiti III manus dextra

Setelah dua minggu terapi, pasien melaporkan penurunan nyeri dari VAS 6 menjadi 2 dan perbaikan fungsi genggaman. Pada minggu ke-4, jari sudah dapat diluruskan tanpa *locking* dan aktivitas harian seperti memeras pakaian serta memegang alat masak dapat dilakukan kembali.^{3,7}



Gambar 4. Evaluasi klinis bertahap pasca-terapi: (A) minggu ke-2, (B) minggu ke-3, (C) minggu ke-4

Kasus *trigger finger* digiti III manus dextra grade III pada pasien ini disebabkan oleh aktivitas berulang dan mikrotrauma kronik. Terapi rehabilitasi medik yang mengombinasikan SWD, USG *therapy*, dan injeksi kortikosteroid USG-guided memberikan perbaikan signifikan terhadap nyeri dan fungsi tangan. Pendekatan berbasis ultrasonografi meningkatkan akurasi, mempercepat pemulihan, dan menurunkan angka rekurensi, sejalan dengan literatur terkini.^{5,8}

Pembahasan

Kasus Ny. M, berusia 67 tahun, menggambarkan tipikal penderita *trigger finger* akibat aktivitas repetitif tanpa adanya komorbid metabolik seperti diabetes mellitus. Secara patofisiologis, *trigger finger* (*stenosing flexor tenosynovitis*) terjadi karena penebalan dan inflamasi pada A1 *pulley* di sekitar sendi metacarpophalangeal (MCP), yang menyebabkan gesekan antara tendon fleksor dengan kanal fibrosa tempatnya bergerak.¹ Proses inflamasi kronik ini menimbulkan penumpukan jaringan fibro-kartilago dan pembentukan nodul pada tendon, sehingga menimbulkan bunyi “klik” atau fenomena *locking* saat jari melakukan fleksi dan ekstensi.⁸

Faktor risiko utama pada kasus ini adalah aktivitas menggenggam berulang (*repetitive gripping*) saat mengulek sambal yang menimbulkan mikrotrauma kronik pada sistem tendon-*pulley* tangan dominan kanan. Temuan tersebut konsisten dengan laporan literatur bahwa pekerjaan yang melibatkan genggaman kuat secara repetitif meningkatkan risiko *stenosing tenosynovitis*, terutama pada wanita usia 50–70 tahun.²

Tabel 1. Perbandingan nilai VAS dan fungsi aktivitas pasien sebelum dan setelah terapi

Parameter Klinis	Sebelum Terapi	Setelah Terapi (Minggu ke-2)	Setelah Terapi (Minggu ke-4)	Keterangan Perbaikan
VAS (<i>Visual Analogue Scale</i>)	6/10 – nyeri tajam saat fleksi dan genggam alat dapur	3/10 – nyeri ringan, <i>locking</i> masih muncul sesekali	1/10 – tidak ada <i>locking</i> , nyeri minimal	Penurunan nyeri signifikan dan stabil
<i>Locking</i> atau <i>Clicking</i>	Positif (<i>locking</i> pada fleksi, perlu bantuan tangan kiri untuk meluruskan)	<i>Locking</i> menurun, dapat meluruskan dengan bantuan minimal	Tidak ada <i>locking</i> , pergerakan lancar	Pemulihan fungsi tendon dan A1 <i>pulley</i>
Aktivitas Harian (ADL)	Sulit membuka botol, mencuci, memeras pakaian, dan memegang alat masak	Sebagian besar aktivitas dapat dilakukan, masih lambat	Aktivitas ADL normal, kemandirian penuh	Fungsi aktivitas kembali normal
Kekuatan Genggam	Lemah (tidak dapat menggenggam erat)	Sedang (mampu menggenggam ringan)	Baik (menggenggam penuh tanpa nyeri)	Peningkatan kekuatan otot dan kontrol motorik
Fleksibilitas Sendi (ROM)	Terbatas, fleksi penuh menimbulkan nyeri	Fleksi-ekstensi mulai membaik	ROM normal tanpa nyeri	Restorasi gerak sendi optimal
Status Fungsional Umum	Ketergantungan tinggi, pekerjaan rumah tangga tidak dapat dilakukan	Mulai mandiri dalam beberapa aktivitas	Mandiri penuh dalam ADL dan pekerjaan rumah tangga	Kemandirian tercapai sepenuhnya

Diagnosis ditegakkan berdasarkan kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan konfirmasi ultrasonografi muskuloskeletal. Pada pemeriksaan fisik, pasien menunjukkan gejala klasik berupa nyeri tekan pada A1 *pulley* dan bunyi “klik” saat meluruskan jari, sesuai dengan klasifikasi Green Grade IIIA (*locking* yang dapat dikoreksi pasif). Hal ini sejalan dengan temuan dalam SurgiColl Review yang menegaskan bahwa Grade III menunjukkan derajat sedang dengan keterbatasan fleksi aktif namun masih dapat dikoreksi secara pasif.²

Pemeriksaan ultrasonografi memperlihatkan penebalan A1 *pulley* sebesar 1,9 mm dan pergeseran tendon fleksor saat fleksi-ekstensi aktif, sesuai gambaran tenosinovitis kronik. Hasil ini identik dengan deskripsi ultrasonografi oleh Donati et al. (2024), yang menegaskan bahwa penebalan A1 *pulley* lebih dari 1,5 mm merupakan indikator stenosis tendon kanal dengan sensitivitas tinggi terhadap diagnosis *trigger finger*.⁸

Penatalaksanaan pada pasien ini menggunakan pendekatan multimodal khas rehabilitasi medik, yang terdiri atas modalitas fisik dan terapi injeksi meliputi: (1) Shortwave Diathermy (SWD) selama 10 menit dengan frekuensi 27,12 MHz bertujuan meningkatkan sirkulasi lokal, mengurangi inflamasi, dan melunakkan jaringan fibrosis;⁸ (2) Ultrasound

therapy dengan frekuensi 1 MHz selama 5 menit membantu memperbaiki elastisitas jaringan dan mempercepat regenerasi tendon;⁸ (3) Injeksi kortikosteroid dengan panduan ultrasonografi (USG-guided) menggunakan metilprednisolon 10 mg disuntikkan di bawah A1 *pulley* secara *in-plane longitudinal*. Teknik ini terbukti meningkatkan presisi, mengurangi risiko cedera jaringan lunak, dan mempercepat pemulihan.⁴

Menurut penelitian Wen et al. (2025), kombinasi *percutaneous A1 pulley release* dan injeksi kortikosteroid memberikan tingkat kepuasan klinis hingga 96% dengan angka komplikasi rendah. Hal ini sejalan dengan hasil kasus Ny. M yang menunjukkan penurunan nyeri signifikan dan pemulihan fungsi genggam dalam waktu empat minggu.³

Hasil klinis pasien memperlihatkan keberhasilan signifikan tanpa perlu intervensi bedah terbuka. Studi terkini menunjukkan bahwa injeksi kortikosteroid USG-guided menghasilkan resolusi gejala yang lebih cepat dibandingkan teknik *blind injection*, dengan perbaikan skor VAS dan QuickDASH dalam dua minggu pertama.⁴ Wu et al. (2022) juga melaporkan bahwa kombinasi *ultrasound-guided needle release* dengan injeksi kortikosteroid lebih efektif dibandingkan *needle release* tunggal, terutama pada kasus

Grade III–IV dengan perbaikan ketebalan A1 *pulley* dan nyeri lebih cepat.⁷

Sebagai perbandingan, teknik pembedahan seperti *ultrasound-guided percutaneous release* memberikan hasil jangka panjang yang setara dengan operasi terbuka, namun dengan waktu pemulihan lebih singkat dan risiko komplikasi lebih rendah.⁶ Pada kasus ini, tidak dilakukan intervensi pembedahan karena pasien telah mencapai remisi klinis penuh dengan terapi konservatif.

Setelah empat minggu terapi, pasien menunjukkan penurunan skor VAS dari 6 menjadi 1 dan peningkatan fungsi aktivitas tangan secara signifikan. Evaluasi menggunakan parameter fungsional QuickDASH memperlihatkan peningkatan kemampuan ADL hingga mendekati normal, sesuai dengan laporan literatur bahwa terapi konservatif yang dikombinasikan dengan injeksi panduan USG mempercepat *return to activity*.³

Penurunan inflamasi lokal, hilangnya *locking*, dan peningkatan fleksibilitas tendon menunjukkan keberhasilan terapi non-bedah. Hal ini mendukung rekomendasi Evidence-Based Clinical Review oleh Ricarte-Almeida et al. (2023), bahwa injeksi steroid intrafasial tetap menjadi teknik lini pertama yang paling efektif sebelum mempertimbangkan tindakan bedah.⁹

Kasus ini menegaskan pentingnya peran dokter spesialis rehabilitasi medik dalam penanganan *trigger finger* secara komprehensif, tidak hanya fokus pada reduksi nyeri, tetapi juga pemulihan fungsi dan pencegahan kekambuhan. Pendekatan berbasis ultrasonografi memungkinkan diagnosis yang akurat, panduan injeksi presisi tinggi, serta evaluasi dinamis fungsi tendon. Seperti dikemukakan oleh Qiu et al. (2022), teknik *ultrasound-guided percutaneous release* memiliki keamanan tinggi dengan tingkat keberhasilan anatomi mencapai 71–90%, serta tanpa peningkatan risiko cedera jaringan sekitarnya.⁵

Oleh karena itu, rehabilitasi medik berperan penting dalam tiga fase terapi: (1) fase inflamasi untuk mengurangi nyeri dan edema, (2) fase pemulihan fungsi dengan latihan ROM dan penguatan otot intrinsik tangan, dan (3) fase pencegahan rekurensi melalui edukasi ergonomi dan modifikasi aktivitas harian.⁸

Penatalaksanaan kasus *trigger finger* grade IIIA digit III manus dextra pada pasien Ny. M dengan kombinasi terapi fisik dan injeksi kortikosteroid berbasis ultrasonografi memberikan hasil klinis yang sangat baik. Terapi ini terbukti aman, efektif, dan efisien dalam menurunkan nyeri, memperbaiki fungsi tendon, serta mempercepat pemulihan aktivitas harian. Literatur terbaru mendukung pendekatan ini sebagai standar emas dalam manajemen non-bedah *trigger finger*, dengan tingkat keberhasilan klinis di atas 85% dan minimal komplikasi.^{3,4,8}

Simpulan

Kasus *trigger finger* digit III manus dextra grade III pada Ny. M, usia 67 tahun, menunjukkan hubungan antara aktivitas repetitif dengan terjadinya *stenosing tenosynovitis* pada A1 *pulley*. Diagnosis klinis dan ultrasonografi memastikan adanya penebalan tendon fleksor sesuai karakteristik penyakit. Pendekatan rehabilitasi medik multimodal dengan SWD, terapi ultrasonik, dan injeksi kortikosteroid USG-guided terbukti efektif menurunkan nyeri, menghilangkan *locking*, serta memulihkan fungsi tangan dalam empat minggu. Terapi berbasis ultrasonografi meningkatkan akurasi, mempercepat pemulihan, dan menurunkan angka kekambuhan, sehingga menjadi pilihan utama non-bedah pada manajemen *trigger finger* di bidang rehabilitasi medik.

Daftar Pustaka

1. Merry SP, O'Grady JS, Boswell CL. Trigger finger? Just shoot! J Prim Care Community Health. 2020;11:1-6. doi:10.1177/2150132720943345
2. Bridges TN, Ohliger E, Kistler JM. Trigger finger: evaluation, management, and outcomes. SurgiColl. 2023;1(1). doi:10.58616/surgicoll.00003
3. Wen J, Syed B, Khalil R, Shehabat M, Alam M, Sedighi R, et al. Percutaneous A1 *pulley* with corticosteroid injection for trigger finger release: a systematic review. J Orthop Surg Res. 2025;20:431. doi:10.1186/s13018-025-05776-2
4. Tunçöz M, Turan K, Aydın ÖD, Çetin Tunçöz H. Ultrasound-guided versus blinded injection in trigger finger treatment: a prospective controlled study.

- J Orthop Surg Res. 2023;18:459. doi:10.1186/s13018-023-03950-y
5. Qiu Z, Li H, Shen Y, Jia Y, Sun X, Zhou Q, et al. Safety and efficacy of ultrasound-guided percutaneous A1 *pulley* release using a needle knife: an anatomical study. Front Surg. 2022;9:967400. doi:10.3389/fsurg.2022.967400
6. Öner SK, Demirkiran ND, Dulgeroglu TC, Kuyubasi SN, Kozlu S, Yilmaz S. Ultrasound-guided percutaneous versus open A1 *pulley* release for trigger finger: a randomized controlled trial. J Clin Med. 2025;14(19):7064. doi:10.3390/jcm14197064
7. Wu YY, Chen K, He FD, Quan JR, Guo XY. Ultrasound-guided needle release of A1 *pulley* combined with corticosteroid injection is more effective than ultrasound-guided needle release alone in the treatment of trigger finger. BMC Surg. 2022;22:221. doi:10.1186/s12893-022-01665-1
8. Donati D, Ricci V, Boccolari P, Origlio F, Vita F, Naňka O, et al. From diagnosis to rehabilitation of trigger finger: a narrative review. BMC Musculoskelet Disord. 2024;25:1061. doi:10.1186/s12891-024-08192-5
9. Ricarte-Almeida ER, Ruiz-Berrones A, Pérez-Bravo J, Becerra-Pecero M, Tovar-Ramírez JA, Valdés-Ramos RL, et al. Evidence in treatment of trigger finger: a review. Int Surg J. 2023;10(10):1727-1731. doi:10.18203/2349-2902.isj20232872