



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍNDROME DE QUERVAIN EN ADULTOS, DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y CONTROL

PINEDA RENGEL CAROL MISHELLE
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍNDROME DE QUERVAIN EN ADULTOS, DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y CONTROL

PINEDA RENGEL CAROL MISHELLE
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

SÍNDROME DE QUERVAIN EN ADULTOS, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL

PINEDA RENGEL CAROL MISHELLE
MÉDICA

ARCINIEGA JACOME LUIS ALFONSO

MACHALA, 04 DE SEPTIEMBRE DE 2019

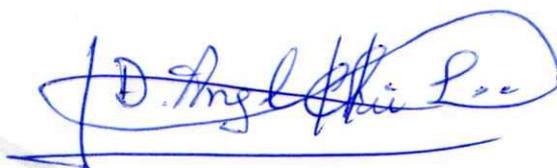
MACHALA
04 de septiembre de 2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Síndrome de Quervain en adultos, diagnóstico, tratamiento y control, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



ARCINIEGA JACOME LUIS ALFONSO
1000723096
TUTOR - ESPECIALISTA 1



CHU LEE ANGEL JOSE
1201780382
ESPECIALISTA 2



OJEDA CRESPO ALEXANDER OSWALDO
0700915085
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: martes 03 de septiembre de 2019 - 15:31

Urkund Analysis Result

Analysed Document: urkund.docx (D54989876)
Submitted: 8/23/2019 8:07:00 PM
Submitted By: cmpinedar_est@utmachala.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

Grupo-N5-Tenosinovitis-de-Quervain.docx (D46639158)
IVANZAMBRANO.docx (D14862172)
TESIS DE GRADO SEBASTIAN LEON VALLEdocx (D14422810)
TESIS DE GRADO SEBASTIAN LEON VALLEdocx (D14483531)
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8539/1/T059_73591963_T.pdf

Instances where selected sources appear:

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, PINEDA RENGEL CAROL MISHELLE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Síndrome de Quervain en adultos, diagnóstico, tratamiento y control, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

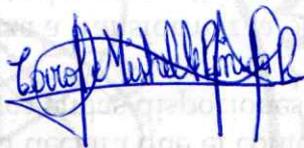
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 04 de septiembre de 2019



PINEDA RENGEL CAROL MISHELLE
0704382324

DEDICATORIA

Deseo dedicar este trabajo primeramente a Dios y a mi madre por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional; a mi tía y abuelita quienes me han enseñado que con amor y esfuerzo todo se logra. A mi amado esposo quien ha sido un apoyo incondicional, a mi hermana y mi sobrino que me han acompañado durante este duro camino.

Mishelle Pineda R.

AGRADECIMIENTO

A mi familia que siempre han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, a Dios que me ha dado sabiduría y fuerzas para seguir y vencer esos obstáculos que sin falta aún vendrán. A mis compañeros y amigos con los que he compartido gratos momentos y a todos aquellos que han estado cerca de mi y que le regalaron a mi vida algo de ellos.

Mishelle Pineda R.

RESUMEN

El Síndrome de Quervain conocido también como tenosinovitis estenosante es la inflamación del primer compartimiento extensor de la muñeca que incluye los tendones, abductor largo y extensor corto del pulgar a causa de la tensión repetitiva y continua de estos tendones; es una causa común de dolor de muñeca e incapacidad que afecta a la mano dominante en las mujeres de 30 a 50 años. **Objetivo:** Actualizar los conocimientos médicos sobre Síndrome de Quervain en pacientes adultos basado en revisiones bibliográficas para llevar a cabo un adecuado tratamiento y control. **Métodos y Materiales:** Se realiza revisión bibliográfica de artículos científicos en revistas indexadas como Pubmed, Scielo, Cochrane, American Journal donde se escogieron 15 artículos bibliográficos en el rango de los 4 últimos años de actualización considerando los de mayor relevancia científica. **Conclusiones:** La tenosinovitis del estiloides radial es un problema de salud que ha tenido mayor incidencia dentro del ámbito de enfermedades profesionales. La mayoría de los pacientes responden bien al tratamiento no quirúrgico, que incluye la inmovilización del pulgar, los medicamentos antiinflamatorios no esteroides, la fisioterapia y la inyección local de corticoesteroides. La utilización del tratamiento farmacológico en conjunto con el tratamiento fisioterapéutico ha demostrado ser beneficioso para el alivio de los síntomas, ayudando así a recuperar un cierto nivel de movilidad para la realización apropiada de las actividades en la vida diaria. Es importante actualizar los conocimientos sobre esta patología y su manejo para poder prevenirlo y no subdiagnosticarlo.

Palabras Claves: Tenosinovitis, inflamación, factores de riesgo, tratamiento conservador

ABSTRACT

Quervain Syndrome also known as stenosis tenosynovitis is the inflammation of the first extensor compartment of the wrist that includes the tendons, long abductor and short extensor of the thumb due to the repetitive and continuous tension of these tendons; It is a common cause of wrist pain and disability that affects the dominant hand in women aged 30 to 50. Objective: To update the medical knowledge about Quervain Syndrome in adult patients based on bibliographic reviews to carry out adequate treatment and control. Methods and Materials: bibliographic review of scientific articles is carried out in indexed journals such as Pubmed, Scielo, Cochane, American Journal where 15 bibliographical articles were chosen in the range of the last 4 years of updating considering those of greater scientific relevance. Conclusions: radial styloid tenosynovitis is a health problem that has had a greater incidence within the scope of occupational diseases. Most patients respond well to non-surgical treatment, which includes immobilization of the thumb, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, physiotherapy and local corticosteroid injection. The use of pharmacological treatment in conjunction with physiotherapeutic treatment has proven beneficial for the relief of symptoms, thus helping to recover a certain level of mobility for the proper performance of activities in daily life. It is important to update the knowledge about this pathology and its management to be able to prevent it and not underdiagnose it.

Keywords: Tenosynovitis, inflammation, risk factors, conservative treatment.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
ANTECEDENTES.....	9
ETIOLOGIA	9
FISIOLOGIA Y FISIOPATOGENIA	11
DIAGNÓSTICO	12
TRATAMIENTO.....	13
CONCLUSIONES	16
RECOMENDACIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Quervain es la inflamación de la vaina que envuelve a los tendones abductor largo y extensor corto del pulgar, limitado por la apófisis estiloides radial en su trayecto por el canal osteofibroso a la altura de la apófisis estiloides del radio. Esto se debe a la excesiva fricción entre estos tendones y la vaina que los rodea al realizar movimientos de oposición repetitivamente por un amplio lapso de tiempo, afectando la funcionalidad de la persona. (1)

La mano constituye el extremo operador del miembro superior por sus propiedades de motilidad, sensibilidad y destreza; es necesaria para la realización de las actividades cotidianas ya que forma un instrumento elemental para el hombre y por tal razón cuando se lesiona se convierte en un reto para su recuperación debido a sus variadas funciones.

La tenosinovitis del estiloides radial es una entidad considerada frecuente entre las patologías profesionales, presenta una incidencia cerca de 28 casos por cada 100.000 habitantes por año, aunque se cree que en los últimos tiempos estas cifras han ido aumentando. Este síndrome afecta más comúnmente a las mujeres entre los 30 y 55 años en una relación 10:1. (2)

Clínicamente la tenosinovitis de Quervain se manifiesta con la presentación progresiva de dolor, inflamación en la superficie de la apófisis estiloides del radio y del primer compartimiento extensor, también puede presentarse dedo en gatillo o crepitación durante la prueba de Finkelstein que consiste en la exacerbación del dolor a la flexión del pulgar con la simultánea desviación cubital de la muñeca. (3)

Las lesiones que se presentan en las extremidades superiores marcan una huella ya sea a los pacientes que las padecen como a la sociedad ya sea por su elevada frecuencia, efectos económicos o por la incapacidad que conllevan. Por tal razón esta patología se podría considerar un problema de salud principalmente de origen laboral, como consecuencia de una circunstancia profesional o una lesión que emerge sobre una patología previamente existente empeorada por la actividad ejercida en horas laborales. (4)

Un promedio anual registra aproximadamente unos 14.000 casos de patologías en el ámbito ocupacional; dentro de estas las más frecuentes son el síndrome de túnel carpiano y el síndrome de Quervain, que en la actualidad se dan por la utilización del celular por periodos prolongados, en el año 2011 la tendinitis constituyó el 0,6% de las causas y para el 2012 ascendió esta cifra al 3%. En Ecuador no se encuentran cifras actuales ni artículos donde se investigue la causa más frecuente de tendinitis en el país. Estudios demuestran la frecuencia del uso del teléfono inteligente en asociación con la tendinitis de Quervain, el cual dio como resultado que sí se incrementa una hora más de uso a la semana el celular, este provocaría un aumento del 3% de riesgo de lesión.(5)

El objetivo de esta revisión es actualizar información sobre este problema de Salud que está afectando hoy en día a nuestro país ya que en la actualidad la tecnología ha evolucionado, principalmente en el sector de la telefonía móvil teniendo al alcance una amplia gama de aplicaciones y redes sociales lo que origina una adicción lo cual se convierte en un factor desencadenante para tenosinovitis de Quervain, para el manejo correcto de esta entidad y así mejorar la calidad de vida cotidiana y laboral.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Esta tenosinovitis fue descrita por primera vez en la 13ava edición del Gray de 1893 como el “esguince de las lavanderas”, luego en 1895 el médico pedagogo Suizo Fritz de Quervain publica un estudio de 5 casos de tenosinovitis en el primer compartimiento dorsal de la muñeca, sin embargo, menciona a Kocher ser quien da la primera descripción de esta patología y realiza el primer procedimiento quirúrgico a cerca de ella. Es en 1936 cuando Patterson utiliza el término “Enfermedad de Quervain” en su publicación del New England Journal of Medicine donde hace referencia a las lesiones que afectan los tendones comprendidos en el primer compartimiento dorsal del carpo, los cuales conciernen al abductor largo del pulgar (ALP) y al extensor corto del pulgar (ECP). (6)

El Síndrome de Quervain también denominada tendinitis del estiloides radial o tenosinovitis estenosante del primer compartimiento dorsal del carpo se define como la inflamación de los tendones extensor corto y abductor largo del pulgar y la vaina sinovial que los recubre a nivel de la base del pulgar, ejerciendo presión sobre los nervios contiguos provocando que el movimiento de la muñeca y el pulgar implique dolor. (7)

Es la lesión más frecuente de los tendones extensores de la mano con una mayor incidencia en mujeres entre 30 a 50 años de edad. La distribución por edades se evidencia que el 60% de los casos ocurren en personas con edades de 31 a 50 años, el 22% en edades entre 20 y 30 años y el 14% en edades entre 61 a 66 años.; siendo la extremidad derecha la más afectada en un 67%.

Se ha visto una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Según un estudio prospectivo publicado en Europa de casos y controles para analizar la etiología del Síndrome de Quervain se encontró entre los pacientes un mayor predominio femenino con un 81% en comparación con el género masculino con 19% de los casos.(2)

ETIOLOGÍA

Es una entidad de carácter multifactorial pero limitada por factores biomecánicos, como resultado de una estrechez gradual de la vaina que recubre el tendón, Se presenta con mayor

frecuencia en pacientes adultos que realizan movimientos repetitivos obligándolos a ejecutar prehensión con desviación cubital o radial y esfuerzos para mantener la extensión de la muñeca, ya sea en actividades cotidianas, domésticas y profesionales.(8)

Los factores de riesgo que pueden provocar la aparición de tendinopatías en el primer compartimiento de la mano con el movimiento repetitivo e inadecuado, debilidad de la musculatura, laxitud ligamentaria que condicionan a una inestabilidad de la mano; esto es más común en la gran mayoría de oficios que se realizan con la extremidad superior principalmente se da con mayor frecuencia en las amas de casa, madres primerizas, seguido por el uso del celular, escribir en teclados, tocar instrumentos, manejo de videojuegos y otras actividades semejantes. (9)

En cuanto a la asociación del uso excesivo del celular y mensajes de texto para la aparición de la tenosinovitis de Quervain se evidenció en un estudio transversal publicado el 2014 donde se encuestaron a 300 estudiantes universitarios de Karachi, más de la mitad de los estudiantes encuestados usaban frecuentemente los teléfonos celulares para enviar mínimo 50 mensajes por día, 42% de los encuestados experimentaron dolor en el pulgar y muñeca además se analizó la asociación entre la prueba de Finkelstein y la frecuencia de los mensajes de texto y se observó que el 64% fueron positivos para esta prueba. (10)

Es habitual que esta tendinitis afecta más a mujeres en una proporción 10:1, este hecho se relaciona en especial a las nuevas mamás que levantan reiteradamente a un recién nacido y adoptan posturas inadecuadas de la mano con el pulgar extendido y abducido aumentando la tensión en las estructuras que conforman la corredera; además se asocia a su aparición el embarazo y la lactancia por la presencia de fluctuaciones hormonales principalmente la prolactina, aunque no ha sido demostrado. En una revisión publicada en el 2015 en Taiwán donde se reclutaron a 16 pacientes con diagnóstico de Tenosinovitis de Quervain y durante la cirugía se le realizó biopsia del retículo y se relaciona que la enfermedad está asociada a factores inflamatorios como: IL-1, IL-6, COX-2, VEGF en el tejido tenosinovial, además que mientras mayor es la expresión de ER- β , mayor es la inflamación de tejidos y la angiogénesis.(11)

FISIOLOGÍA Y FISIOPATOGENIA

Los compartimientos dorsales en el radio encierran los tendones extensores; a su vez cada compartimiento está envuelto por un revestimiento de capa sinovial, el primer compartimiento dorsal es de aproximadamente 2 cm de largo, se ubica lateral a la apófisis estiloides del radio y contiene a los tendones de los músculos abductor largo del pulgar y extensor corto del pulgar, los cuales son los que se afectan en el síndrome de Quervain.(12)

La patogenia se basa en el depósito de tejido fibroso con incremento de la vascularidad en la zona de inflamación aguda del revestimiento sinovial. Acompañado de edema de la vaina del tendón y provoca constricción del tendón comprendido, el líquido sinovial aumenta y se espesa, adyacente con la formación de fibras que se fijan a tejidos contiguos. Un estrés mecánico perenne logra agravar una reacción inflamatoria, un medio proinflamatorio podría activar las enzimas que metabolizan los esteroides y desatar la estimulación de estrógenos. El primer compartimiento aparece denso, fibroso y disminuyendo el área del canal hasta 3 o 4 veces lo que ocasiona difícil el movimiento del abductor largo del pulgar y el extensor corto del pulgar, de esta manera los tendones presentan degeneración de sus características mecánicas y tejido de granulación.(11)

La inserción del tendón abductor largo del pulgar es en la zona lateral de la base del primer metatarsiano. Ayuda a la abducción del pulgar (movimiento hacia afuera y hacia adelante) y la desviación radial de la muñeca. El extensor corto del pulgar se prolonga hasta la mano y el tendón se inserta en la cara posterior de la base de la falange proximal del pulgar. Se encarga de la extensión de la primera falange y desviación radial de la muñeca.

Una publicación realizada en septiembre del 2018 por la universidad de Chonbuk sobre el reporte de un caso el cual estudia el curso anómalo de un caso de Síndrome de Quervain nos indica que las variantes anatómicas del primer compartimiento, ya sea en la ubicación o tendones y compartimientos numerarios pueden tener una consecuencia sobre la patogenia y ser causa subyacente de tenosinovitis de Quervain y a su vez estar relacionadas con una baja respuesta al tratamiento farmacológico. (13)

La patogenia de esta enfermedad está en discusión ya que un estudio de cohorte retrospectivo publicado este año (2019) en Taiwán informa que en un análisis de muestras de biopsias

tomadas en pacientes con DQT sometidos a la liberación del primer compartimiento, se encontró en el reporte histopatológico la degeneración mixoide con tejido fibroso denso y acumulación de mucopolisacáridos, es decir que esto es respuesta a un cambio degenerativo intrínseco más que una causa inflamatoria.(14)

Se cree además que su origen está relacionado con enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus (61,19%), nos indica un estudio descriptivo realizado en 105 pacientes con diagnóstico de tenosinovitis, publicado el 2015 en Venezuela donde se estudia los factores asociados a esta enfermedad, en el cual informan que preexiste un riesgo mayor a desarrollar tenosinovitis de Quervain en pacientes diabéticos y su incidencia es cuatro veces mayor que en la población general.(15)

DIAGNÓSTICO

Es importante y necesario conocer la actividad diaria del paciente, los movimientos y las posturas que realiza mediante una adecuada anamnesis. El dolor es la manifestación clínica principal que se presenta constantemente en el Síndrome de Quervain, en una fase inicial el dolor se localiza en la base del pulgar, que incrementa al realizar actividades repetitivas pero que disminuye con el reposo. En estadios avanzados el dolor aparece inclusive en reposo asociándose dolor en la zona del estiloides radial a la palpación, seguido de tumefacción local por edema en la vaina del tendón dificultando mover el pulgar y la muñeca lo que obstaculiza levantar, agarrar o ejecutar acciones que impliquen mover el pulgar. En algunos casos se puede presentar crépito con el movimiento de los tendones. (16)

La prueba de Finkelstein por mucho tiempo ha sido calificada como un signo patognomónico para esta enfermedad. Consiste en flexionar el pulgar entre la palma de la mano, luego los dedos cubren el pulgar y el examinador realiza suavemente un movimiento de desviación cubital de la mano sosteniendo el metacarpo del índice y es positiva cuando la prueba produce dolor, y es negativa cuando la misma no produce dolor.

En un estudio prospectivo publicado el 2018 en Inglaterra donde investigaron la eficacia de la prueba de Finkelstein vs Eichhoff, donde participaron 36 personas asintomáticas (en total 72 muñecas) donde aplicaron ambas pruebas. Dando como resultado que la prueba de Finkelstein demostró mayor especificidad, siendo más precisa, arrojó menos resultados falsos

positivos y al momento del examen físico causó una molestia elocuentemente mínima a los participantes. (17)

El diagnóstico de esta patología es predominantemente clínico, además es posible que el dolor corresponda a otras patologías por lo tanto es necesario realizar exámenes complementarios ya sea para descartarlas o confirmar la tenosinovitis de Quervain.

La Radiografía con proyección Postero Anterior (PA) y Lateral nos ayuda visualizando las calcificaciones de una o varias vainas y las relaciones óseas adyacentes para así descartar alguna afectación ósea o articular.

Ecografía es una técnica accesible, rápida y poco costosa, muestra la morfología de los tendones (imagen hiperecogénica). La Resonancia Magnética (RM) es un método de elección por imagen para esta patología, los hallazgos en ambos casos son el engrosamiento del tendón y su vaina que lo recubre acompañado de edema de partes blandas adyacentes, lo que reafirma el diagnóstico de esta patología. (18)

En caso de derrame en la vaina tendinosa se debe tomar muestra del líquido sinovial por punción para examen citobacteriológico y cristalográfico para la búsqueda de gérmenes por examen directo y cultivo.

TRATAMIENTO

Por lo general la primera disposición es la interrupción de la actividad física que causó este malestar acompañado de medidas como la aplicación de hielo local en el área afectada. En una fase inicial el tratamiento se orienta al manejo médico, es decir utilizando fármacos antiinflamatorios no esteroideos simultáneamente reposo de la extremidad afecta mediante el uso de un inmovilizador del pulgar. Por lo general se consiguen resultados favorables en un lapso de 7 a 10 días. Aunque muchas veces los pacientes no toleran esta medida por las molestias que genera la inmovilización.(19)

El uso de la férula de espiga para pulgar apoyada en el antebrazo que inmoviliza la articulación con la muñeca en neutral. Este método ha confirmado ser útil para aliviar las dolencias al inmovilizar las articulaciones del pulgar y la muñeca evitando la flexión del

pulgar y la desviación cubital de la extremidad afecta. Aunque no se ha comprobado que estas proporcionen un alivio perpetuo.(20)

Luego de completada la fase inicial si los malestares persisten se debería realizar infiltración con corticoides en el área afectada, lo que ayuda a disminuir o en algunos casos desaparece hasta en un 60 a 80% los síntomas lo que se encontró en un estudio con 71 pacientes, la poca respuesta a los corticoides se ha relacionado con una técnica incorrecta y la posibilidad de que el tendón corto del pulgar se encuentre en un compartimiento apartado. Esta fase se puede complementar con la realización de fisioterapia adecuada y un tiempo breve de inmovilización para ser más efectiva. (21)

En una fuente de revisión agruparon los resultados de 7 estudios observacionales e indicaron que hubo una cifra del 83% de resolución de los síntomas con inyección de corticoides sola, tasa de resolución del 61% para inyección y férula, 14% para férula sola y el 0% para reposo o tratamiento antiinflamatorio. Para la dosis de corticoide en varios ensayos de control aleatorio se usó 0.25ml de 40 mg/ml (10 mg) de metilprednisolona, dos estudios utilizaron 1ml de 40 mg/ml. Otro estudio utilizó dexametasona 1 ml de 4 mg/ml (4 mg) o 2 ml de lidocaína al 1%. El tratamiento debe considerarse dentro de estas condiciones.(22)

Se puede presentar un efecto secundario a la inyección local de corticoides en algunos pacientes que puede perdurar hasta meses, en la mayoría de los casos que presentaron esta reacción la pigmentación normal de la piel en la zona se recupera al cabo de un año, también se puede presentar atrofia cutánea por la acción antiproliferativa sobre los fibroblastos y queratinocitos, acompañado de vasoconstricción que favorece la hipoxia hasta necrosis tisular.(23)

En ciertas situaciones en donde los corticoides fallen se salta a la última línea de tratamiento que es la liberación quirúrgica del primer compartimiento y así liberar los tendones; evitando la lesión de ramas sensitivas del radial, los resultados son buenos en el 90-95% de los casos. Entre las complicaciones que se pueden dar está la formación de neuromas, subluxación de los tendones, cicatrices hipertróficas o recidiva.(24)

Para la presencia de edema en el área quirúrgica se puede tratar mediante masaje retrógrado, que consiste guiar manualmente el líquido desde la punta de los dedos proximal, cruzando

por la articulación de la muñeca permitiendo que el líquido vuelva a ingresar al sistema linfático, aunque el resultado es temporal. También se puede utilizar prendas de compresión como guantes de Isotoner, la compresión incesante reducirá la cantidad de retención de líquidos en la mano lo que ayudará al movimiento activo y disminución del dolor. Las compresas frías ayudan al edema después de realizar terapia física.(25)

En cuanto al manejo postoperatorio se recomienda la férula de espiga y se la retira aproximadamente de 10 a 14 días para permitir una curación e inmovilización, luego de 2 semanas de la cirugía se realiza fisioterapia con un ejercicio de movimiento activo para reducir la rigidez y comenzar la mejoría de las articulaciones afectas; 4 semanas después se comienza a fortalecer suavemente la articulación usando un enfoque en realizar las actividades laborales y cotidianas del paciente, así como movimientos de extensión y abducción del pulgar. Por último en la semana post quirúrgica 5 se introduce los ejercicios de flexión, extensión de muñeca, simultáneamente los de pronación y supinación del antebrazo.(26)

Entre los pacientes con diagnóstico de tenosinovitis que se sometieron a un ensayo aleatorio que comparó dos sistemas, un grupo que continuó su tratamiento con inyección de corticoides y el uso de férulas, los cuales demostraron que todos menos 3 pacientes (5%) se hallaban libres de dolencias más de 1 año luego del diagnóstico. Y el otro grupo del estudio el 7,9% se sometieron a cirugía, lo que indica que la gran parte de los pacientes mejoran sin cirugía.(19)

Existe otra alternativa para los corticoides inyectados, tenemos el resultado de un seguimiento de caso donde utilizaron inyección de metotrexato guiado por ultrasonido en un paciente con enfermedad de Quervain; el metotrexato es un fármaco antirreumático, la excusa de utilizarlo se centra en su efecto potencial para combatir el sinovio hipertrófico; tiene efectos antiinflamatorios, inmunomoduladores, alivia el dolor al inhibir la producción de prostaglandinas, colagenasas y citoquinas, efectos antifibróticos mediante la supresión de fibroblastos. Esta inyección se puede administrar bajo ultrasonido por lo menos cada 7 días hasta 8 veces. Lo que quiere decir que el metotrexato no solo ayuda a disminuir la inflamación del primer compartimiento, sino que también reduce la hipertrofia. (27)

CONCLUSIONES

Se concluyó que el Síndrome de Quervain tiene una mayor prevalencia en las mujeres, se confirma la incidencia de edad es entre los 30 a 50 años y la extremidad afectada más frecuentemente es la derecha. Los factores que predisponen a la aparición de esta enfermedad se basan en la sobrecarga mecánica, movimientos repetitivos de extensión de la muñeca como la desviación ya sea cubital o radial, además de ciertas variaciones anatómicas como tendones múltiples dentro del primer compartimento o la presencia de un tabique fibroso. Estas variaciones son relevantes patológica y clínicamente, para luego determinar el respectivo tratamiento.

Está aún en estudio, pero se cree que el estrógeno está involucrado en la patogénesis de la Enfermedad de Quervain, concluyeron a que es muy probable que el estrógeno agrava la inflamación y la angiogénesis a través de la expresión de ER- β

En cuanto a los factores de riesgo a medida que aumenta el uso de dispositivos móviles y los mensajes de texto continúan volviéndose más utilizados y mientras la tecnología sigue avanzando, esta patología clínica inusual cada vez más se está volviendo importante en la actualidad, y esta enfermedad puede convertirse en un hallazgo más común en los adolescentes y tanto los pacientes como médicos deben estar conscientes de esta realidad.

La investigación de una anamnesis y una historia clínica detallada indagando en las tareas que realiza el paciente en su diario vivir y el mecanismo que desencadena la lesión, son fundamentales para llegar a un correcto diagnóstico y por ende que esta entidad no sea subdiagnosticada.

El diagnóstico es principalmente clínico y la maniobra más precisa es la de Finkelstein positiva. En cuanto a los exámenes de imagen la mayor ventaja de la radiografía es descartar una afectación ósea o articular y hay que continuar solicitando a todos los pacientes. La ecografía es el método más adecuado por su bajo costo y sencillez y se debería de solicitarlo antes de la Resonancia Magnética para confirmar el diagnóstico.

Se confirma que la inyección de corticoides produce un aumento en la resolución de los síntomas y se potencia también el efecto si se acompaña de la férula para inmovilizar la

articulación lesionada. Otra alternativa a los corticoides es la inyección de metotrexato guiada por ultrasonido como lo menciona un seguimiento de caso ya que tiene propiedades antiinflamatorias, antifibróticos y reduce la hipertrofia, lo que rara vez se observa con los corticoides ya que estos solo reducen la inflamación en el sitio de la aplicación, la mayor limitación de este estudio fue que solo se realizó en 1 caso con efectos beneficiosos.

La combinación de diferentes tratamientos conservadores que contenga tratamiento farmacológico, ortopédico y fisioterápico es la principal elección para tratar el SQ. Aunque la cirugía está indicada cuando ha fracasado el tratamiento conservador y consiste en la liberación del primer compartimiento dorsal de la extremidad afectada.

RECOMENDACIONES

- Realizar un diagnóstico temprano y seguimiento de la enfermedad para que luego esta no afecte su calidad de vida en un futuro.
- Resultaría eficaz llevar a cabo un estudio sobre las complicaciones que esta entidad sobrelleva y su relación con enfermedades ocupacionales en el país, así como la asociación de la misma con enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus.
- Difundir información sobre esta patología a los profesionales de salud especialmente a los del primer nivel de atención, ya que representa una herramienta beneficiosa la prevención.
- La efectiva prevención pretende evitar factores causales que reducirán la incidencia o la probabilidad de la progresión de tenosinovitis de Quervain.
- Deberían crear programas de salud ocupacionales, los cuales deben estar enfocados en detectar a los pacientes con estas patologías, ya que el subdiagnóstico es muy frecuente principalmente en esta enfermedad.
- Basándose en la literatura de este documento sobre la etiología de esta patología, se debería tener como mínimo 2 lapsos de reposo de 20 minutos realizarse automasajes en la musculatura del pulgar y antebrazo y estiramiento de los mismos, para evitar que se desencadenen este tipo de tenosinovitis.
- Investigar en un futuro el beneficio del metotrexato con un ensayo controlado y así investigar la verdadera efectividad del mismo en un número mayor de pacientes con diagnóstico de enfermedad de Quervain.
- Se aconseja a los usuarios de teléfonos móviles que envíen mensajes de texto con ambas manos, tomen descansos frecuentes, no escriban demasiado rápido y brinden el apoyo adecuado a sus antebrazos y espalda mientras envían mensajes de texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Jinhee K, Messing S, Hyrien O, Hammert W. Effectiveness of Corticosteroid Injections for Treatment of de Quervain's Tenosynovitis. *Hand*. 2017;12(4):357–61.
2. Stahl S, Vida D, Meisner C, Stahl A, Schaller H, Held M. Work related etiology of de Quervain's tenosynovitis: A case-control study with prospectively collected data Pathophysiology of musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord* 2015;16(1):1–10.
3. American Society for Surgery of the Hand. Síndrome De De Quervain - De Quervain Syndrome. 2015;2015. Available from: <http://www.assh.org/handcare/espanol/sindrome-de-quervain>
4. Garrafa Núñez M, García Martín M, Sánchez Lemus G. Factores de riesgo laboral para tenosinovitis del miembro superior. (Madr). 2015;61(241):486–503.
5. Ali M, Asim M, Danish S, Ahmad F, Iqbal A, Ahmad F. Frequency of De Quervain ' s tenosynovitis and its association with SMS texting. *Muscles Ligaments Tendons J*. 2015;4(1):74–8.
6. Satteson, Ellen; Tannan S. Tenosinovitis de De Quervain. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442005/>
7. Renson D, Mermuys K, Vanmierlo B, Bonte F, Van Hoonacker P, Kerckhove D, et al. Pulley Reconstruction for Symptomatic Instability of the Tendons of the First Extensor Compartment Following de Quervain's Release. *J Wrist Surg*. 2018;07(01):031–7.
8. Shen PC, Chang PC, Jou IM, Chen CH, Lee FH, Hsieh JL. Hand tendinopathy risk factors in Taiwan: A population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(1):e13795.

9. Heap J, Dezfuli B, Bennett D, Chapman E, DeSilva G. The internet as a source of information for De Quervain's tendinitis. *Hand* [Internet]. 2015;10(1):131–6.
10. Johnson J, Gaspar M, Shin E. Stenosing Tenosynovitis Due to Excessive Texting in an Adolescent Girl: A Case Report. *J Hand Microsurg*. 2016;08(01):045–8.
11. Shen PC, Wang PH, Wu PT, Wu KC, Hsieh JL, Jou IM. The estrogen receptor- β expression in de Quervain's disease. *Int J Mol Sci*. 2015;16(11):26452–62.
12. Oñate C. Tendinitis y Tenosinovitis de Muñeca y Mano. 2016;5. Available from: file:///C:/Users/Dell/Downloads/s-0037-1606777 (1).pdf
13. Poublon AR, Kleinrensink GJ, Kerver ALA, Coert JH, Walbeehm ET. Optimal surgical approach for the treatment of Quervains disease: A surgical-anatomical study. *World J Orthop*. 2018;9(2):I–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5807885/>
14. Lee Y, Lee M. Anomalous course and stenosing tenosynovitis of the extensor pollicis longus tendon at the radial styloid process: A case report. *Med (United States)*. 2018;97(37):3–6.
15. Flores J, Ortunio M, Agreda L, Guevara H, Cardozo R, Rada L. Tenosinovitis Estenosante Digital En Pacientes De Un Hospital Universitario. *Comunidad y Salud*. 2015;13(1):29–37.
16. Huisstede B, Coert J, Friden J, Hoogvliet P. Consensus on a Multidisciplinary Treatment Guideline for de Quervain Disease: Results From the European HANDGUIDE Study. *Phys Ther*. 2014;94(8):1095–110.
17. Wu F, Rajpura A, Sandher D. Finkelstein's Test Is Superior to Eichhoff's Test in the Investigation of de Quervain's Disease. *J Hand Microsurg* [Internet]. 2018;10(02):116–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103758/>

18. Lee H, Kim P, Aminata I, Hong H, Yoon J, Jeon I. Surgical release of the first extensor compartment for refractory de Quervain's tenosynovitis: surgical findings and functional evaluation using DASH scores. *CiOS Clin Orthop Surg.* 2014;6(4):405–9.
19. Kachooei A, Nota S, Menendez M, Dyer G, Ring D. Factors associated with operative treatment of de Quervain tendinopathy. *Arch Bone Jt Surg.* 2015;3(3):198–203.
20. Abi J, Kazan R, Thibaudeau S. Nonsurgical Treatment of De Quervain Tenosynovitis: A Prospective Randomized Trial. *Am Assoc Hand Surg.* 2018;(November).
21. Mardani-Kivi M, Karimi M, Bahrami F, Hashemi-Motlagh K, Saheb-Ekhtiari K, Akhoondzadeh N. Corticosteroid injection with or without thumb spica cast for de quervain tenosynovitis. *J Hand Surg Am [Internet].* 2014;39(1):37–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.10.013>
22. Rowland P, Phelan N, Gardiner S, Linton K, Galvin R. The Effectiveness of Corticosteroid Injection for De Quervain's Stenosing Tenosynovitis (DQST): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Open Orthop J [Internet].* 2015;9(1):270–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655850/>
23. Fariñas A, Cano L, Carrasco M. Hipopigmentación y atrofia cutánea secundaria a infiltración de tenosinovitis de De Quervain. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria.* 2017;24(8):484. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2016.04.020>
24. Chaya B, Bakhach E, Bakhach J. The De-Quervain Tenosynovitis: Literature Review. *Biomed J Sci Tech Res.* 2018;8(4):8–11.

25. Goel R, Abzug J. de Quervain's tenosynovitis: a review of the rehabilitative options. *Hand.* 2015;10(1):1–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4349843/>
26. Kararti C. REHABILITATION RESULTS OF MOBILIZATION WITH MOVEMENT. 2019;(June).
27. Allam A, Al-Ashkar D, Negm A, Eltawab B, Wu W, Chang K. Ultrasound-guided methotrexate injection for De Quervain disease of the wrist: What lies beyond the horizon? *J Pain Res* [Internet]. 2017;10:2299–302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655850/>