



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE PREDISPONEN EL
DESARROLLO DE TENOVITIS ESTENOSANTE, DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO.

CAJAMARCA BRICEÑO JAIRO LUIS
MÉDICO

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE PREDISPONEN EL
DESARROLLO DE TENOVITIS ESTENOSANTE, DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO.

CAJAMARCA BRICEÑO JAIRO LUIS
MÉDICO

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE PREDISPONEN EL DESARROLLO DE
TENOVIS ESTENOSANTE, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

CAJAMARCA BRICEÑO JAIRO LUIS
MÉDICO

CHU LEE ANGEL JOSE

MACHALA, 16 DE JUNIO DE 2023

MACHALA
16 de junio de 2023

FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE PREDISPONEN EL DESARROLLO DE TENOVITIS ESTENOSANTE, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

por JAIRO LUIS CAJAMARCA BRICEÑO

Fecha de entrega: 06-jun-2023 09:54p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2110723726

Nombre del archivo: TENOSINOVITIS_TRABAJO_ESCRITO_COMPLEXIVO_turnitin_1.pdf (209.75K)

Total de palabras: 4762

Total de caracteres: 25843

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

El que suscribe, CAJAMARCA BRICEÑO JAIRO LUIS, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE PREDISPONEN EL DESARROLLO DE TENOVITIS ESTENOSANTE, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO., 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.

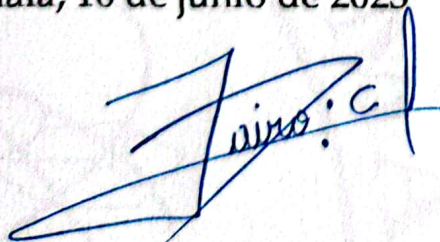
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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.

El autor 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, 16 de junio de 2023



CAJAMARCA BRICEÑO JAIRO LUIS
1105238156

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por bendecirme cada día, por ser mi luz y guía en este largo camino. A mis padres, seres de luz, amor y perseverancia que me han enseñado a luchar y cumplir mis sueños, a mis hermanos por su ejemplo de lucha y superación. A mi hermanito Ángel Jahel por ser mi inspiración, razón y motivo. A quien fue mi compañera, amiga y ahora colega doctora Stephany Vilela, conjuntamente con sus padres, por su apoyo incondicional durante estos años. Dedico este trabajo a mi persona por convencerme cada día, a mí mismo, que los sueños no son aquellos que se visualizan cuando estamos dormidos, si no, aquellos que nos mantienen despiertos y en pie de lucha.

JAIRO LUIS CAJAMARCA BRICEÑO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por regalarme la vida, salud y bendiciones, por depositar en mi la confianza y regalarme el don de servir con alegría a los demás. Agradezco a mis padres por ser el pilar fundamental de mi vida por apoyarme en las buenas, en las malas y sobre todo en las peores, por levantarme y ser mi impulso para continuar y cumplir uno de mis más grandes anhelos. Agradezco a mis hermanos por ser mi ejemplo a seguir y a mi hermanito menor por ser mi inspiración. Te agradezco a ti Stephany Vilela por ser mi compañía, por apoyarme y brindarme tu mano amiga acompañada de tus frases de ánimo y te agradezco por todas las lecciones aprendidas durante todos estos años. Agradezco a los doctores docentes que me han enseñado cada día, por su paciencia y entrega. Le agradezco a la vida por ser parte de ella y permitirme expresar mi gratitud a quienes más quiero y aprecio.

JAIRO LUIS CAJAMARCA BRICEÑO

RESUMEN

Introducción: Se ha determinado que la tenosinovitis es el producto de un trastorno inflamatorio que afecta a los tendones y también a las vainas de los dedos. Se trata de una patología muy frecuente en nuestro medio, siendo así, uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención en salud por la incapacidad y dolor de diversa intensidad de la mano afectada. La incidencia varía de acuerdo a diversos factores, presentándose con mayor frecuencia en raza mestiza, mujeres, siendo la mano derecha y el tercer dedo los más afectados. Dentro de las complicaciones más frecuentes destaca la recidiva y el dolor de diversa intensidad.

Objetivo: determinar los factores de riesgo laborales que predisponen al desarrollo de tenosinovitis estenosante en pacientes de 25 a 65 años de edad mediante la revisión de artículos científicos que nos permitan conocer dichos factores de riesgo asociados a esta patología.

Metodología: estudio descriptivo con base en la revisión bibliográfica de artículos científicos actualizados de alto impacto como: Scholar Google, Pubmed, Elsevier, diversos repositorios locales e internacionales. Como referencia 20 artículos de los últimos 5 años.

Conclusión: la tenosinovitis estenosante se ha convertido en una patología ligada al factor ocupacional. Presenta una incidencia de hasta el 52%, el mismo que aumento en los últimos años. Puede afectar la calidad de vida de cada paciente de diversas formas y de acuerdo a la severidad del cuadro clínico y su tiempo de evolución lo cual produce ausentismo en el ámbito laboral.

Palabras clave: tenosinovitis estenosante, factores de riesgo, incidencia, incapacidad, ausentismo laboral.

ABSTRAC

Introduction: It has been determined that tenosynovitis is the product of an inflammatory disorder that affects the tendons and also the sheaths of the fingers. It is a very frequent pathology in our environment, thus being one of the main reasons for consultation in the first level of health care due to disability and pain of varying intensity in the affected hand. The incidence varies according to various factors, occurring more frequently in mixed race, women, with the right hand and the third finger being the most affected. Among the most frequent complications, recurrence and pain of varying intensity stand out.

Objective: to determine the occupational risk factors that predispose to the development of stenosing tenosynovitis in patients from 25 to 65 years of age by reviewing scientific scientific articles that allow us to know these risk factors associated with this pathology.

Methodology: descriptive study based on the bibliographic review of updated high-impact scientific articles such as: Google Scholar, Pubmed, Elsevier, various local and international repositories. As a reference 20 articles from the last 5 years.

Conclusion: stenosing tenosynovitis has become a pathology linked to the occupational factor. It presents an incidence of up to 52%, the same as the increase in recent years. It can affect the quality of life of each patient in various ways and according to the severity of the clinical picture and its evolution time, which produces absenteeism in the workplace.

Keywords: stenosing tenosynovitis, risk factors, incidence, disability, work absenteeism.

INDICE

INTRODUCCION	2
DESARROLLO	3
TENOSINOVITIS ESTENOSANTE	3
ETIOLOGIA	3
FISIOLOGIA Y PATOLOGIA	3
CLASIFICACION	4
Tenosinovitis De Quervain.....	4
TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DEL TENDON FLEXOR DE LA MANO	6
TRATAMIENTO	9
CONCLUSIONES	11
RECOMENDACIONES	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	13

INTRODUCCION

Considerando los datos aportados por la Sociedad Americana de Cirugía de mano la tenosinovitis estenosante también conocida como dedo en gatillo o dedo en resorte es una patología caracterizada por un proceso evolutivo inflamatorio y engrosamiento de la vaina sinovial de los tendones dando como resultado dolor, limitación funcional al flexionar o extender el dedo afectado.(1,2)

La forma de presentación más frecuente de esta patología es de tipo primario denominada tenosinovitis De Quervain, el cual se caracteriza por afectación del extensor corto y abductor largo del pulgar los mismo que atraviesan por el compartimento dorsal de la mano, el mismo que es más frecuente en etnia mestiza, sexo femenino en edad media. Según la literatura que se ha podido revisar el dedo que se encuentra con mayor frecuencia afectado es el pulgar, seguido del anular, medio y muy poco frecuente el dedo meñique e índice.(1)(2)

Otra forma de presentación de esta patología es la tenosinovitis estenosante secundaria la cual está relacionada con diversas patologías de base que pueden presentar diversos pacientes como lo es la diabetes mellitus, enfermedad de gota, enfermedad renal, artritis reumatoide entre otras.(1)(2)

Mencionada patología puede estar relacionada a diferentes causas y diversos factores como lo son los procesos inflamatorios de artritis reumatoide, procesos de carácter infeccioso. Adicional a lo ya mencionado la tenosinovitis es una patología que afecta a personas en el ámbito laboral, motivo por el cual su conocimiento es muy necesario para el personal de salud.(2)

En la mayoría de los casos esta patología necesita de tratamiento conservador con el uso de fármacos antiinflamatorios, uso de corticoides como también puede ser necesario la intervención quirúrgica.(2)

DESARROLLO

TENOSINOVITIS ESTENOSANTE

La denominada tenosinovitis es una patología caracterizada por la inflamación aguda evolutiva aun estado de inflamación crónica de los tendones con sus respectiva vaina, la cual entra en un estado de fibrosis provocando la dificultad y deslizamiento de los tendones.(1)(2)

En esta patología la lesión más frecuente se produce a nivel de los tendones extensores de la mano, es más incidente en el sexo femenino en un rango de edad de 30 a 50 años. Por edades la distribución se evidencia de la siguiente manera: hasta el 60 % de los casos ocurren en personas de edades de 30 a 50 años, con un porcentaje de 225 en edades de 20 a 30 años, y hasta en un 4 % en edades de 60 a 66 años; además se ha evidenciado que la mano derecha es la más afectada con este tipo de patología con un porcentaje de hasta el 67%.(2)(3)

ETIOLOGIA

La tenosinovitis estenosante se la denomina como una entidad de carácter multifactorial, pero con una estrecha relación con factores biomecánicos, dando como resultado un estrechamiento gradual de la vaina del tendón afectado. Se ha determinado que esta alteración es más frecuente en aquellas personas que realizan movimientos repetitivos, constantes y prolongados, lo cual conduce a adquirir aprehensión con desviación cubital o radial y a su vez realizar esfuerzos para lograr mantener la extensión de la muñeca lo cual interfiera o limita realizar actividades cotidianas, domesticas o profesionales de cualquier ámbito.(3)(4)

Diversos factores de riesgos pueden predisponer a la aparición de tendinopatías afectando el primer compartimento de la mano con aquellos movimientos repetitivos y poco adecuados, lo cual produce debilidad de la musculatura, laxitud ligamentaria que va a condicionar a una inestabilidad de la mano afectada. Lo antes mencionada es mas prevalente en ocupaciones que requieren el uso constante de la extremidad superior como lo son las amas de casa, mecánicos, obreros y también muy notorio en los y las adolescentes por el uso de celular, digitación de teclados, uso de instrumentos musicales o mecánicos entre otras actividades semejantes.(3)(4)(5)

FISIOLOGIA Y PATOLOGIA

especialistas determinan que los compartimentos dorsales a nivel del radio encierran los tendones extensores; a su vez cada compartimento se encuentra envuelto por un revestimiento de capa sinovial, la medida del primer compartimento sinovial es de aproximadamente de 2 cm de largo el cual se encuentra ubicado lateralmente a la hipófisis estiloides del radio, el mismo que contiene a los tendones de los músculos

abductor largo del pulgar y extensor corto del pulgar, estos tendones son los más afectados en esta patología.(6)(7)

La tenosinovitis se caracteriza por un acumulo de tejido fibroso con aumento en la vascularización de la zona de inflamación aguda del revestimiento sinovial. A esta alteración se suma el edema de la vaina del tendón provocando una importante constricción del tendón afectado, posteriormente el líquido sinovial aumenta aumentando su viscosidad acompañado de la formación de fibras que se adhieren a estructuras adyacentes. En determinadas revisiones bibliográficas refieren una activación de reacciones inflamatorias, los cuales podrían activar enzimas capaces de metabolizar los esteroides y dar inicio a la estimulación de estrógenos. En varios pacientes se ha observado que el primer compartimento aparece rígido, con aspecto fibrótico y el área de la canal disminuida hasta 5 veces dando como resultado limitación del movimiento del abductor largo del dedo pulgar como también del extensor corto. Esta serie de cambios y alteración produce degeneración de sus características físicas y mecánicas como también alteración en el tejido de granulación.(6)(7)

El reporte de un estudio retrospectivo indica que se obtuvieron muestra de biopsia de estructuras lesionadas, en su análisis se evidencio degeneración mixoide de tejido fibroso denso y el acumulo de polisacáridos según el reporte histopatológico; llegando a la conclusión de que se trataría de un proceso degenerativo más que un proceso inflamatorio. (6)(7)

CLASIFICACION

Se ha determinado una clasificación teniendo en cuenta los tendones que estén afectados, de esta forma esta patología ha recibido diversos nombres.(8)

- **Tenosinovitis de Quervain.** - implica afección del tendón extensor corto y abductor largo del pulgar, como también afección del de los tendones del primer compartimento dorsal.(8)
- **Dedos de resorte.** - se encuentran afectados los tendones de del flexor largo de los dedos.

Tenosinovitis De Quervain

Este tipo de patología fue mencionada en primeras instancias como esguince de las lavanderas. Otro nombre que ha adquirido este tipo de tenosinovitis estenosante es, pulgar del jugador. Existe una afección del primer compartimento dorsal, se desconoce el mecanismo productor exacto de esta alteración. Sin embargo, según las diferentes revisiones bibliográficas determinan que se debe al engrosamiento de la vaina sinovial que contiene a los tendones extensor corto y abductor largo del dedo pulgar,

produciendo una irritación e inflamación de los músculos provocando dolor de variable intensidad acompañado con diversa dificultad para atrapar y sostener objetos. (1) Diferentes revisiones señalan que esta alteración se puede producir por la ejecución de pinzas de fuerza entre el dedo pulgar y el índice lo cual es muy frecuente en personas que están inmersos en el ámbito de industria textil siendo el movimiento de flexo extensión muy frecuentes y repetitivos de la articulación trapecio metacarpiana como también de la articulación radiocarpiana siendo las maniobras repetitivas de la muñeca en desviación radio cubital como es el caso que ocurre en industrias del manejo de carnicería o personas dedicadas frecuentemente a trabajos de pintura de paredes y superficies amplias.(1)(2)

Esta patología presenta en la actualidad una prevalencia de hasta el 2% en la población general, pero es importante mencionar que dicha prevalencia está relacionada con los diferentes factores personales y laborales.(4)

Sintomatología

En este tipo de tenosinovitis estenosante es frecuente que los pacientes refieran dolor a nivel de los estiloides radial, el cual se exagera con el movimiento del dedo pulgar o al momento de cerrar el puño. Otra de las referencias por parte de los pacientes es el crujido de las articulaciones al momento de mover el dedo pulgar. Al momento de la exploración física es habitual encontrar signos de inflamación como también sensibilidad a la palpación de los tendones del primer compartimento dorsal en la región del radio distal. Resulta de gran ayuda realizar la maniobra de finkelstein, la cual consiste en realizar la desviación cubital de la muñeca con el pulgar en flexión completa y el resto de los dedos libres, se puede determinar que esta maniobra es positiva si provoca o aumenta el dolor. (4)(9)

Diagnóstico

El diagnóstico específico de esta patología se establece por la búsqueda de los factores de riesgo predisponentes, como también por la exploración física, a más de esto se puede recurrir a la ayuda de estudios de imagen como son las radiografías de muñeca antero posterior y lateral las cuales pueden contribuir para descartar anomalías óseas como también calcificaciones asociadas a la tendinitis. El uso de una ecografía o tomografía computarizada estaría justificado ante la sospecha de tumoración de partes blandas o alteraciones óseas.(9)(10)(11)

Tratamiento

La tenosinovitis de Quervain debe ser conservador, lo cual incluye medidas de reposo, suspender actividades causantes o factores predisponentes cuando estos han sido

identificados. En casos severos y de complejidad significantes es necesario del uso de medicamentos antiinflamatorios de manera infiltrativa y es de vital importancia inmovilizar la columna del pulgar con férulas y posteriormente rehabilitación y ejercicios de movilización.(12)(13)(14)

Si estos métodos son aplicados y respetados por el paciente tienen una eficacia del 35-60% de curación. En los casos de aquellos pacientes en los cuales estos métodos no fueron suficientes o a su vez volvieron a la recurrencia será necesario optar por métodos quirúrgicos en los cuales el objetivo será abrir el retináculo sin embargo hay que considerar sus posibles complicaciones como lo es luxación tendinosa lo cual producirá persistencia del dolor postoperatorio, lesión del nervio radial y defectos estéticos. (13)(14)

TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DEL TENDON FLEXOR DE LA MANO

También conocida como dedo en gatillo, en la actualidad es uno de los trastornos más comunes de la mano, dicha alteración presenta una incidencia de hasta 3% en la población en general según las revisiones bibliográficas, pero hay que destacar que esta incidencia puede aumentar hasta en un 5 al 10% en pacientes diabéticos. Este tipo de patología puede estar relacionadas con diferentes causas, entre ellas, los traumatismos locales y diversos movimientos repetitivos y frecuentes que requieran cierto grado de fuerza e intensidad. La tensión y la fuerza de carácter degenerativa también representa una mayor incidencia de dedo de gatillo afectado la mano dominante del paciente. Según diversas revisiones bibliográficas esta patología está vinculada a diversas ocupaciones que requieran un extenso agarre y flexión constante y prolongada de la mano como puede ser el uso de tijeras, diversas herramientas de uso manual; por tal motivo los especialistas han determinado que esta alteración es de carácter multifactorial y muy relacionada con la ocupación del paciente.(8)(15)

Esta patología como se mencionó anteriormente está relacionada a diversos factores de riesgo que predisponen a presentar esta alteración o a su vez exacerbarla entre ellos tenemos enfermedades concomitantes como la artritis reumatoide, gota y diabetes mellitus destacando las más importantes. Según revisiones bibliográficas la enfermedad de artritis reumatoide es con quien más se relaciona dicha afección presentado un porcentaje de incidencia de hasta el 95% y esto implica a que puede ser uno o más los dedos afectados.(15)

La presentación clínica puede ser muy general, es común que los pacientes refieran dolor de leve a moderada intensidad en la parte distal de la palma de la mano afectada, proximal al pliegue digito palmar lo que se denomina posición de la polea A1. También

es común que los pacientes refieran la percepción de nódulos dolorosos que aumentan su intensidad cuando hay movimientos del tendón y a su vez puede generar crepitación local, todo esto produce gran dificultad para realizar el arco de flexión y extensión. Finalmente, el dedo afectado puede llegar a presentar un cuadro de edema y rigidez que se agudiza por las noches y las mañanas.(11)(16)

GRADOS EVOLUTIVOS DEL PULGAR EN GATILLO

GRADO I (4)

- presencia de dolor de leve a moderada intensidad.
- antecedente de rigidez o atrapamiento, pero no demostrable al examen físico.
- polea a 1 blanda al momento de la palpación.

GRADO II: dedo en gatillo positivo (4)

- Rigidez y atrapamiento demostrable al examen físico.
- Extensión activa del posible dedo afectado.

GRADO III: DEDO DE GATILLO ACTIVO (4)

- Atrapamiento demostrable al examen físico.
- Extensión activa del dedo no posible.
- Es evidente la incapacidad de flexión completa cuando no se produce el atrapamiento.

GRADO IV: CONTRACTURA (4)

- Atrapamiento fijo demostrable al examen físico.
- Contractura fija en flexión.

Tratamiento

Cuando esta patología ha sido diagnosticada en estadios iniciales se inicia con medidas conservadoras, realizar inmovilizaciones del dedo afectado lo cual ha resultado beneficioso hasta en un 70%, de acuerdo en la fase que se encuentre esta alteración se deberá decidir el uso de antiinflamatorios con esteroides y analgésicos. Entre otras medidas que se puede optar para el tratamiento de esta patología es el uso de aparatos ortopédicos, terapias con la combinación de frío y calor como también la terapia física.(12)(13)

El tratamiento quirúrgico estará establecido en aquellos casos en los cuales ha fallado el tratamiento conservador. La técnica quirúrgica que los especialistas utilizan es la disección y la visualización directa de la polea A 1 y su división longitudinal.(13)

DIAGNOSTICO:

Resulta de gran importancia indagar sobre todas las actividades diarias del paciente, su ocupación y también la presencia de enfermedades de base que puedan predisponer o exacerbar esta patología. El dolor de diferente intensidad será el dato común como referencia por parte del paciente, en fases iniciales el dolor puede estar localizado a nivel de la base del pulgar, cual puede aumentar de intensidad al realizar diferentes actividades repetitivas, las mismas que van a disminuir en estado de reposo.(4)(10)(11)

En aquellos pacientes en los cuales esta patología no ha sido diagnóstica y por ende se encuentren en estadios más severos el dolor puede estar presente incluso en estado de reposo, muy sensible a la palpación, posteriormente se puede presentar tumefacción local debido al edema en la vaina del tendón lo que va a dificultar los movimientos del dedo pulgar y a su vez de la muñeca dando como resultado dificultad para levantar objetos, agarrar o realizar acciones en las cuales sea necesario el uso del dedo pulgar. En algunos casos también se ha evidenciado la presencia de crépitos en el momento que se realiza movimiento de los tendones.(4)(10)(11)

En este tipo de patología el médico hace uso de la maniobra o prueba de Finkelstein, la cual se la ha considerado por mucho tiempo como signo patognomónico para esta patología. Dicha técnica consiste en que el paciente va a flexionar el dedo pulgar contra la palma de la mano, posteriormente los otros dedos cubrirán al dedo pulgar acto seguido el examinador realizará movimientos de desviación cubital de la mano sosteniendo el metacarpo del dedo índice dando un resultado positivo si dicho acto produce dolor. (4)(10)(11)

Por lo antes mencionado se ha determinado que el diagnóstico de esta patología es predominantemente clínico, sin embargo, será necesario la realización de exámenes complementarios teniendo en cuenta los diversos factores de riesgo que se haya podido identificar en el desarrollo de la anamnesis del paciente como para también descartar algún tipo de patología que el facultativo médico piense y desea descartar o confirmar.(10)(11)

El uso de una radiografía anterior, posterior y lateral de la mano afectada podría contribuir con la visualización de calcificaciones ya sea de una o varias vainas como también las relaciones óseas adyacentes y de esta forma descartar alguna alteración ósea o articular.(4)(10)

La ecografía es un recurso accesible, rápida y de bajo costo la cual podría contribuir con la visualización de la morfología de los tendones. La resonancia magnética es una

técnica de imagen por excelencia la cual contribuye con datos de engrosamiento del tendón y su respectiva vaina que lo recubre la cual podría estar asociado a estado edematoso de las partes adyacentes lo cual confirma el diagnóstico de esta patología.

(4)(10)(11)

En el caso en el que se evidencie la presencia de derrame en la vaina tendinosa lo ideal es tomar una muestra del líquido sinovial por técnica de punción para realizar exámenes cito bacteriológicos en busca de gérmenes a través de un cultivo de dicha muestra. (4)

TRATAMIENTO

El tratamiento para este tipo de patología será individualizado para cada paciente teniendo en cuenta sus factores de riesgo, sus patologías de base y el nivel de complejidad en que se encuentre esta patología. Una de las primeras disposiciones será evitar las actividades posibles que desencadenaron el cuadro clínico seguido de medios físicos como hielo o calor local en área afectada. En fases iniciales además de las conductas ya expuestas será necesario el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos como también el uso de inmovilizadores del pulgar. En términos generales adoptando estas medidas se logrado obtener resultados favorables en máximo 10 días.(17)(18)

Uno de los métodos ortopédicos es el uso de férula en espiga para pulgar apoyada en el antebrazo que inmoviliza la articulación con la muñeca de una forma neutra, pero evitando la flexión del pulgar y la desviación cubital de la extremidad afecta. En aquellos en los cuales a pesar de haber cumplido estas pautas terapéuticas persiste el malestar especialista recomiendan la infiltración con corticoides en el área afectada; esta fase se puede complementar con la realización de fisioterapia adecuada y tiempo oportuno.(17)(18)

Otra de las alternativas recomendada por especialistas de traumatología y ortopedia es la infiltración de metotrexato guiado por ultrasonido. El metotrexato es un medicamento antirreumático que ofrece efectos antiinflamatorios, inmunomoduladores, disminuye el dolor al inhibir la producción de prostaglandinas, citoquinas y colagenasa como también efectos anti fibróticos por la suspensión de fibroblastos, además de esta involucrado en reducir la hipertrofia de la parte afectada. Este método es recomendado es recomendado con un intervalo cada 7 días hasta por ocho veces administrado y guiado por técnica de ultrasonido.(17)(18)

En situaciones en los cuales el cuadro clínico es complejo o no se evidencia mejoría a pesar de tratamiento médico, ortopédico y fisioterapia se deberá evaluar la necesidad de optar por procedimientos quirúrgicos como o es la liberación del primer

compartimento y así liberar los tendones afectados y de esta forma evitar las lesiones sensitivas de las ramas del nervio radial, dicho procedimiento a demostró una mejoría de hasta un 90% de los casos. Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar posterior a dicho procedimiento quirúrgico se encuentra los neuromas, luxación de tendones, cicatrices hipertróficas o comúnmente la presencia de recidivas.(13)(18)(19)(20)

CONCLUSIONES

Los factores ocupacionales y actividades laborales son un papel determinante para el desarrollo y predisposición de presentar tenosinovitis estenosante presentándose con mayor incidencia en obreros, amas de casa y otras ocupaciones como lo son mecánicos, personal médico cirujanos, personal administrativo, secretarias, todas estas ocupaciones tienen como factor común que son digitalizadores, movimientos repetitivos y prolongados haciendo uso de la fuerza y tensión en las manos.

Un porcentaje considerable de los pacientes está relacionado con alguna patología de base como lo es la artritis reumatoide, enfermedad de gota, y diabetes mellitus siendo las más frecuentes. De estas tres patologías la que en mayor incidencia se presenta relacionada con la tenosinovitis estenosante es la artritis reumatoide.

De los diferentes tipos de tenosinovitis estenosantes que se pueden presentar se encuentra con mayor frecuencia la denominada tenosinovitis de flexores o De Quevain. Siendo la mano derecha la más afectada.

La tenosinovitis estenosante es un patología ligada al factor ocupacional muy frecuente y con incidencia en aumento en la actualidad, la cual en muchos de los casos y de acuerdo a su grado de severidad conlleva al ausentismo laboral no solo por la intensidad y severidad de su sintomatología sino también por el tiempo de recuperación que necesita y su tratamiento que necesite ya sea conservador o de carácter quirúrgico. , convirtiéndose en uno de los motivos de consulta frecuentes en los puestos de salud de primera línea.

RECOMENDACIONES

Recomendar indagar la presencia de antecedentes patológicos de base como la diabetes mellitus, enfermedad de gota, artritis reumatoide y registrar en el informe de cada persona lo cual permita realizar evaluaciones de riesgo y toma de decisiones tanto para el medico ocupacional especialista como también para el personal médico en el primer nivel de atención.

Como facilitadores medico en el primer nivel de atención es de vital importancia indagar y conocer todos los posibles factores de riesgo relacionados a predisponer tenosinovitis estenosante, conocer y correlacionar los signos y síntomas con la finalidad de detectar y prevenir el desarrollo de dicha enfermedad y a su vez brindar un tratamiento adecuado en las primeras etapas.

En casos en los cuales se ha detectado esta patología en estadios severos o el tratamiento brindado no ha presentado mejoría es necesario referir adecuada y oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad, con la finalidad de disminuir el tiempo de resolución y a su vez evitar la incapacidad laboral lo que implica evitar procedimientos quirúrgicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tamura H, Shikino K, Uchida S, Ikusaka M. De Quervain's tenosynovitis [Internet]. Vol. 13, BMJ Case Reports. BMJ Publishing Group; 2020 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://doi.org/10.52965/001c.36911>.
2. Ramchandani J, Thakker A, Tharmaraja T. Time to Reconsider Occupation Induced De Quervain's Tenosynovitis: An Updated Review of Risk Factors. Vol. 14, Orthopedic Reviews. Open Medical Publishing; 2022. <https://doi.org/10.52965/001c.36911>.
3. Bhat AK, Vyas R, Acharya AM, Rajagopal K V. De Quervain's tenosynovitis: a non-randomized two-armed study comparing ultrasound-guided steroid injection with surgical release. Musculoskelet Surg [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Jun 9]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12306-022-00735-0>.
4. Fakoya AO, Tarzian M, Sabater EL, Burgos DM, Maldonado Marty GI. De Quervain's Disease: A Discourse on Etiology, Diagnosis, and Treatment. Cureus [Internet]. 2023 Apr 24; Available from: <https://www.cureus.com/articles/149599-de-quervains-disease-a-discourse-on-etiology-diagnosis-and-treatment>.
5. Daglan E, Morgan S, Yechezkel M, Rutenberg TF, Shemesh S, Iordache SD, et al. Risk Factors Associated With de Quervain Tenosynovitis in Postpartum Women. Hand. 2023; <https://doi.org/10.1177/15589447221150524>
6. Rokaya PK, Karki DB, Kathayat TS, Rawal M, Sharma R, Ghimire A. de Quervain's Disease among Patients Visiting the Orthopaedic Outpatient Department of Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. Journal of the Nepal Medical Association. 2023 Jan 1;61(257):68–71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10089031/pdf/JNMA-61-257-68.pdf>.
7. Bae KJ, Baek GH, Lee Y, Lee J, Jo YG. Incidence and Risk Factors for Pregnancy-Related de Quervain's Tenosynovitis in South Korea: A Population-Based Epidemiologic Study. CiOS Clinics in Orthopedic Surgery [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2023 Jun 9];15(1):145–52. Available from: <https://doi.org/10.4055/cios22099>.
8. Ayhan E, Cevik K. Triggering Thumb Is Not Always a Trigger Thumb. J Hand Surg Glob Online [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Jun 9];4(6):483–4. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.
9. Pahlavansabagh A, Soleimani M, Ghaznavi A, Roshanipour M, Yousefi F, Taheri SN. Prevalence of Septated First Dorsal Compartment Among Iranian Patients with De Quervain Tenosynovitis. Med J Islam Repub Iran. 2022;36(1). <http://mjiri.iums.ac.ir/>.
10. Corvino A, Lonardo V, Corvino F, Tafuri D, Pizzi AD, Cocco G. "Daddy wrist": A high-resolution ultrasound diagnosis of de Quervain tenosynovitis [Internet]. Journal of Clinical Ultrasound. John Wiley and Sons Inc; 2023 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-6608-6252>.
11. Schmitt R, Hesse N, Grunz JP. Tendons and Tendon Sheaths of the Hand - An Update on MRI. Vol. 194, RoFo Fortschritte auf dem Gebiet der Rontgenstrahlen und der Bildgebenden Verfahren. Georg Thieme Verlag; 2022. p. 1307–21. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1826-1007>.

12. B. AKAR MOY. Preferred treatment approach to De Quervain Tenosynovitis in nursing women: conservative management or surgery?
<https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/2619-2623.pdf>.
13. Shen Y, Zhou Q, Sun X, Li S, Zhang W. Percutaneous Release of the First Extensor Tendon Compartment in De Quervain's Disease by Acupotomy with US-Guidance: A Cadaveric Study. *J Pain Res.* 2022;15:3995–4005.
14. Suwannaphisit S, Suwanno P, Fongsri W, Chuaychoosakoon C. Comparison of the effect of ketorolac versus triamcinolone acetone injections for the treatment of de Quervain's tenosynovitis: a double-blind randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Jun 9];23(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05784-x>.
15. Spicer PJ, Thompson HK, Montgomery JR. Mommy's thumb: De Quervain's tenosynovitis in a new mother with cardiomyopathy. *Radiol Case Rep.* 2022 Nov 1;17(11):4368–70. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.08.069>.
16. KRAKOW. 31S INERNAIONAL MEDICAL SDENS' CONFERENCE.
17. Siampa VS, Tan CW. Treatment of de Quervain's Tenosynovitis with Prolotherapy: A Case Report [Internet]. *Journal of Anesthesiology & Clinical Research.* Available from: <https://hmpublisher.com/index.php/JACR/index>.
18. Kumaran DrNA, Vignesh DrG, Vignesh DrA, Vishwanathan DrA, Subash DrY. Comparison of steroid injection vs platelet rich plasma injection in the treatment of de-quervain tenosynovitis. *International Journal of Orthopaedics Sciences* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2023 Jun 9];9(1):13–5. Available from: <https://doi.org/10.22271/ortho.2023.v9.i1a.3269>.
19. Kayal A, Chandra Mondal S, Misra S, Orthopaedics MS. TO DETERMINE EFFECTIVENESS OF SURGICAL RELEASE IN MANAGEMENT OF DE QUERVAIN'S TENOSYNOVITIS. *Acta Biomed.* 2023;94(1). <https://mattioli1885journal.com/article/2023/676.pdf>.
20. Dundar Ahi E, Sirzai H. Short-term Effectiveness of High-intensity Laser Therapy in De Quervain Tenosynovitis; a Prospective, Randomized, Controlled Study. *Medeni Med J.* 2023 Mar 27; <https://doi.org/10.4274%2FMMJ.galenos.2023.67279>