

TENDINITIS DE QUERVAIN: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Trabajo de Fin de Grado



Alumna: María Pérez Arquero

Tutora: Clarisa Simón Pérez



Universidad de Valladolid

Curso 2024-2025

ÍNDICE

1.RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MATERIAL Y MÉTODO	8
4.1. Diseño de estudio	8
4.2. Criterios de selección	9
4.3. Tamaño muestral	9
4.4. Técnica quirúrgica empleada.....	9
4.5. Variables del estudio e instrumentos de medida.....	9
4.6. Análisis estadístico.....	10
4.7. Aspectos éticos	10
4.8. Métodos de búsqueda	10
5. RESULTADOS.....	11
5.1. Análisis descriptivo	11
5.1.1. Características demográficas y profesionales de la población estudiada .	11
5.1.2. Tratamiento previo y hallazgos clínicos preoperatorios	11
5.1.3. Resultados postoperatorios.....	13
5.2. Analisis comparativo	14
6. DISCUSIÓN.....	16
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	17
8. CONCLUSIONES	17
9. BIBLIOGRAFÍA.....	18

1. RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento quirúrgico en pacientes con tendinitis de De Quervain. Analizar los factores clínicos y funcionales obtenidos tras la intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 31 pacientes diagnosticados de tendinitis de De Quervain con fracaso del tratamiento conservador con un periodo de seguimiento mínimo de 1 año. Se registraron las características clínicas durante la exploración física preoperatoria y postoperatoria, así como los tratamientos previos, comorbilidades asociadas y grado de satisfacción tras la intervención.

Resultados: El porcentaje de complicaciones locales tras la infiltración cortico-anestésica (ICA) previa fue del 63, 6%. 20 pacientes (64,5%) que precisaron de tratamiento quirúrgico presentaron una compartimentalización del extensor corto del pulgar (ECP). Existe una mejoría clínica y funcional en el 96,8 % de los pacientes tras el tratamiento quirúrgico. Se observa una asociación estadísticamente significativa negativa entre el número de ICA previas al tratamiento quirúrgico y el dolor postoperatorio ($p = 0,019$), no influyendo significativamente en el resultado clínico-funcional otras variables como patología concomitante ($p = 0,302$), ni la compartimentalización del extensor corto del pulgar ($p = 0,367$).

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la Tendinitis De Quervain presenta excelentes resultados clínicos y funcionales, con una baja tasa de complicaciones (6%). La presencia de compartimentalización del ECP es un factor predisponente para el tratamiento quirúrgico. Las infiltraciones cortico-anestésicas previas al tratamiento quirúrgico tienen una alta tasa de complicaciones locales y el número de ICA influye negativamente en la recuperación postoperatoria clínica del paciente.

Abreviaturas: ALP: abductor largo del pulgar; ECP: extensor corto del pulgar; MP: metacarpofalángica; AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; ICA: inyección cortico-anestésica; EVA: escala visual analógica del dolor; IFSSH: *International Federation of Societies for Surgery of the Hand*; Jamar: dinamómetro hidráulico Jamar; STC: síndrome del túnel carpiano; DE: desviación estándar.

2. ABSTRACT

Objective: To evaluate the efficacy of surgical treatment in patients with De Quervain's tendinitis. To analyze the clinical and functional factors observed after surgery.

Material and methods: A retrospective observational study was conducted in 31 patients diagnosed with De Quervain's tendinitis who failed conservative treatment, with a minimum follow-up period of 1 year. Clinical characteristics were recorded during the preoperative and postoperative physical examination, as well as previous treatments, associated comorbidities, and postoperative satisfaction.

Results: The rate of local complications after prior corticosteroid injection (ICA) was 63.6%. Twenty patients (64.5%) who required surgery presented with compartmentalization of the extensor pollicis brevis (EPC). Clinical and functional improvement was observed in 96.8% of patients after surgery. A statistically significant negative association was observed between the number of ACIs prior to surgical treatment and postoperative pain ($p = 0.019$). Other variables, such as concomitant pathology ($p = 0.302$) and compartmentalization of the extensor pollicis brevis ($p = 0.367$), did not significantly influence the clinical and functional outcome.

Conclusions: Surgical treatment of De Quervain's tendonitis yields excellent clinical and functional results, with a low complication rate (6%). The presence of compartmentalization of the PCD is a predisposing factor for surgical treatment. Corticosteroid injections prior to surgical treatment have a high rate of local complications, and the number of ACIs negatively influences the patient's postoperative clinical recovery.

Abbreviations: APL: abductor pollicis longus; PCD: extensor pollicis brevis; MP: metacarpophalangeal joint; NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs; ACI: corticosteroid injection; VAS: visual analogue pain scale; IFSSH: International Federation of Societies for Surgery of the Hand; Jamar: Jamar hydraulic dynamometer; CTS: carpal tunnel syndrome; SD: standard deviation.

3. INTRODUCCIÓN

La tendinitis de Quervain es una tendinopatía estenosante de la muñeca que afecta a los tendones que controlan el movimiento del pulgar, específicamente el abductor largo del pulgar (ALP) y el extensor corto del pulgar (ECP) [1]. Se caracteriza por ser una afección dolorosa en la zona latero-radial de la muñeca, causada por la inflamación de estos tendones (tendinitis) o una irritación crónica de los tendones (tendinosis) por

inflamación y engrosamiento de la vaina que forma el primer compartimento extensor de la muñeca [1, 2].

Es una enfermedad dolorosa que incluye sensibilidad e inflamación en la parte de la muñeca donde se localiza el primer compartimento extensor de la muñeca (apófisis estiloides radial). Este dolor se acentúa en los movimientos laterales de la muñeca llevando a una alteración de la función del pulgar. [3]

La etiopatogenia de la enfermedad es de origen mecánico debido a la irritación de las vainas tendinosas producida por la fricción dentro del canal osteofibroso tras realizar movimientos repetitivos de pinza del pulgar o maniobras de la muñeca en desviación radial-cubital. Esto es debido a la predisposición anatómica oblicua del primer compartimento extensor y a las muchas variantes anatómicas de esta zona [4]. En ocasiones se ha relacionado con enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo de origen inflamatorio, aunque es más infrecuente. [2]

Presenta una incidencia de 0,94 por cada 1000 personas al año, siendo considerada una enfermedad relacionada con trabajos manuales, por la movilidad única del pulgar. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la enfermedad de De Quervain ocurre con mayor frecuencia en mujeres cuya tasa de prevalencia es más de tres veces mayor que en los hombres en la población activa, sobre todo está relacionado con la actividad laboral y con las últimas etapas del embarazo y en el período posparto temprano. Además, es más frecuente en personas de raza negra y mayores de 40 años [5, 6, 7].

El diagnóstico es clínico, sobre todo, mediante un examen físico y una historia clínica bien realizada [6].

La sintomatología habitual de los pacientes con la tendinitis de Quervain se caracteriza porque el retináculo extensor del primer compartimento aumenta en grosor y las personas que la padecen sufren dolor al movilizar el primer dedo de la mano o al llevar a cabo movimientos de la muñeca.

Los pacientes presentan quejas de dolor, sensibilidad e inflamación en la región del estiloides radial, que a veces se irradia al pulgar, antebrazo u hombro. Este dolor se ve exacerbado por el movimiento y la actividad que requieren desviación cubital con el puño cerrado y flexión de la articulación metacarpofalángica del pulgar. [3,6,8]. *Fig. 1.*



Fig.1.Imagen clínica tendinitis De Quervain. Inflamación del 1º compartimento extensor.

En el examen físico se puede apreciar hinchazón en la estiloides radial con sensibilidad y crepitación a la palpación sobre todo a nivel de la polea A1 del pulgar y en ocasiones parestesias por su íntima relación con las ramas sensitivas del nervio radial [3,6,9]. Puede condicionar la vida del paciente ya que da lugar a una discapacidad marcada y ausencia del trabajo debido al deterioro del funcionamiento de la mano [3,10].

Se han descrito muchas maniobras para intentar llegar al diagnóstico de esta patología, pero entre ellas destacan en la práctica clínica dos: la prueba de Finkelstein y la prueba de Eichhoff, sin embargo, su rendimiento diagnóstico real no está claro. [11]

- Prueba de Finkelstein: implica que el examinador sostenga firmemente el pulgar del paciente con una mano mientras aplica tracción firme longitudinalmente y en la dirección de una ligera desviación cubital de la muñeca con la otra mano [1].

Fig.2



Fig. 2: Prueba de Finkelstein.

- Prueba de Eichhoff: requiere que el paciente oponga el pulgar en la palma y apriete los dedos mientras el examinador aplica pasivamente la desviación cubital a la muñeca [1]. *Fig.3.*



Fig.3: Prueba de Eichhoff.

Según diversos estudios, la especificidad mostrada para estas pruebas es del 100% en la maniobra de Finkelstein y del 83% en la de Eichhoff. Se dice que la primera presenta mayor especificidad y, por tanto, genera menos falsos positivos en comparación con la segunda. [5,12].

Tras haber diagnosticado adecuadamente la tendinopatía de Quervain debemos establecer cuál será el enfoque terapéutico de la tendinitis De Quervain, que conlleva varias alternativas de tratamiento conservador y quirúrgico [4].

Los métodos conservadores actuales son la fisioterapia, la inmovilización de la columna del pulgar, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ultrasonidos e inyecciones de corticoides para reducir la inflamación y la irritación de los tendones ALP/ECP [2]. Sin embargo, existe una alta prevalencia de recurrencia del dolor por lo que existe un pensamiento controvertido acerca de la eficacia del tratamiento conservador. [2,3]. *Fig.4.*



Fig.4: Infiltración cortico-anestésica (ICA).

El tratamiento quirúrgico es efectivo con una tasa de curación del 91%, pero es más invasiva y se asocia con mayores costos y la posibilidad de complicaciones quirúrgicas como toda cirugía [3]. En cuanto a esta modalidad de tratamiento, será de elección cuando haya fracasado el tratamiento conservador.

El tratamiento quirúrgico consiste en la apertura de la vaina del 1º compartimento extensor y la liberación de los tendones ALP Y ECP teniendo cuidado de no lesionar las ramas sensitivas del nervio radial [9]. *Fig.5.*

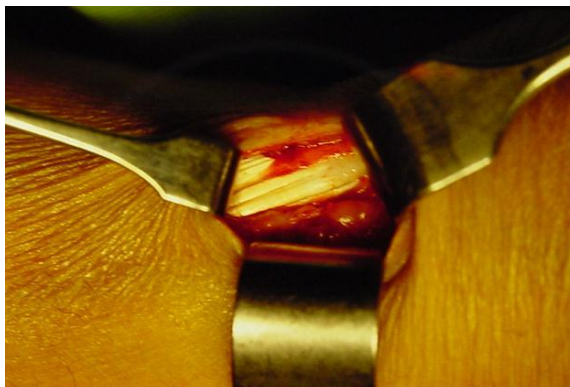


Fig.5: Tratamiento quirúrgico.

El propósito principal de nuestro estudio es evaluar la eficacia del tratamiento quirúrgico en la Tendinitis De Quervain tras el fracaso del tratamiento conservador;

Siendo los **objetivos específicos**:

- Valorar la mejoría, durabilidad o fracaso del tratamiento conservador.
- Valorar los factores que influyen en los pacientes que precisan de tratamiento quirúrgico.
- Observar cuál de las diferentes terapias tiene mejores resultados a la hora de tratar al paciente y mejorar la calidad de vida de este.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño de estudio

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes con tendinitis de De Quervain tratados en el Hospital clínico universitario de Valladolid en el periodo comprendido entre el año 2018 al 2024.

4.2. Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Mayores de 18 años, independientemente del sexo.	Intervención quirúrgica previa de la mano.
Fracaso del tratamiento conservador.	Pérdida de seguimiento.
Consentimiento del paciente para participar en el estudio.	

4.3. Tamaño muestral

De todos los pacientes diagnosticados de Tendinitis de Quervain en el HCUV en el periodo 2018-2024, 31 pacientes han precisado de intervención quirúrgica tras el fracaso del tratamiento conservador.

4.4. Técnica quirúrgica empleada

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en régimen de cirugía mayor ambulatoria con anestesia local o loco-regional y con manguito de isquemia.

Se realizó una incisión transversal a nivel de la estiloides radial sobre el 1º compartimento extensor, separación de las ramas sensitivas dorsal y volar de nervio radial y apertura longitudinal del 1º compartimento extensor, comprobando finalmente la liberación de los tendones ALP y ECP. En caso de compartimentalización del ECP, se abre este compartimento. Cierre de la piel con sutura reabsorbible y vendaje compresivo 10-12 días.

4.5. Variables del estudio e instrumentos de medida

1. Datos demográficos (edad, sexo, profesión...)
2. Tratamientos conservadores previos realizados (rehabilitador, ICA y/o quirúrgico)
3. Datos clínicos:
 - a. Dolor medido mediante la escala visual analógica del dolor (EVA), considerando el 0 como el estado de ausencia del dolor y el 10 como el máximo dolor posible (anexo 1)
 - b. Positividad de la prueba de Finkelstein y Eichhoff
 - c. La movilidad del pulgar según la escala Kapandji (1-10) (anexo 2)

- d. La medición de la fuerza de pinza se estandarizó utilizando un dinamómetro Jamar (Jamar Hydraulic Hand Dynamometer) con el paciente sentado, con el brazo al lado del cuerpo, codo flexionado a 90° y el antebrazo en rotación neutra.
4. Complicaciones tras la cirugía o el tratamiento conservador.
5. Cuestionario DASH (anexo 3).

4.6. Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias.

El test Chi-cuadrado de Pearson se ha empleado para analizar las variables cualitativas. Si se presenta el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 sea mayor de un 20%, se utiliza el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

Las comparaciones de los valores cuantitativos se han realizado mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de contrastar hipótesis nulas que asumían la inexistencia de diferencias significativas entre los grupos con y sin compartimentalización del ECP.

Por otro lado, al analizar la influencia del tratamiento previo con infiltraciones cortico-anestésicas (ICA) se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Los datos se han analizado con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 29.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0,05$ serán considerados estadísticamente significativos.

4.7. Aspectos éticos

El estudio ha sido aprobado por el CEIm de las áreas de salud de Valladolid (número de proyecto PI-25-238-C) y contempla las normas establecidas en la legislación en el ámbito de la investigación biomédica y la Declaración de Helsinki. (Anexo 4)

4.8. Métodos de búsqueda

Se han utilizado diferentes bases de datos en las que se han realizado búsquedas bibliográficas para investigar acerca de esta patología: biblioteca de Cochrane, PubMed Central, National Library of Medicine, Scielo, Ovid...

Se ha realizado una revisión de los pacientes y un cuestionario de los resultados del tratamiento quirúrgico.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

5.1.1. Características demográficas y profesionales de la población estudiada

En nuestro estudio participaron un total de 31 pacientes, de los cuales 26 fueron mujeres (83,9%) y 5 varones (16,1%), con una edad media de 43,84 años (rango: 27–59 años) y una desviación estándar (DE) de 10,14 años.

Todos los pacientes eran diestros. En la mayoría de los casos (80,6%; n=25), la extremidad afectada correspondía a la mano dominante, siendo esta la derecha. En el 19,4% restante (n=6), la afección se presentó en la mano no dominante (izquierda).

La distribución de los pacientes según la carga física asociada a su profesión se clasificó en tres grupos: carga leve (por ejemplo, trabajos administrativos con escasa actividad física), carga media (tales como empleados de supermercado, personal médico y de enfermería) y carga alta (trabajadores de la construcción, entre otros). Los resultados de esta estratificación se presentan en el *Gráfico 1*.

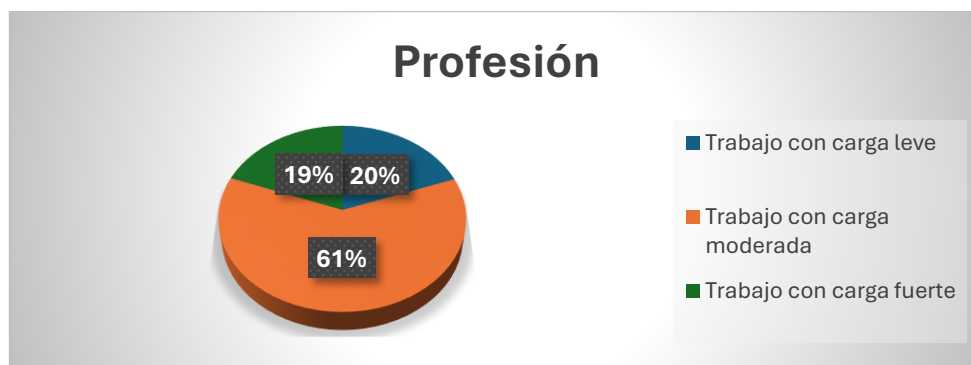


Gráfico 1: Clasificación de los pacientes según su profesión.

5.1.2. Tratamiento previo y hallazgos clínicos preoperatorios

Todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron tratamiento rehabilitador sin obtener mejoría clínica antes de la intervención quirúrgica. Adicionalmente, 11 pacientes (35,5%) fueron tratados con infiltración cortico-anestésica. De estos, 7 pacientes (22,6%) recibieron una única infiltración, mientras que 4 pacientes (12,9%) fueron

sometidos a dos infiltraciones. De los 11 pacientes que recibieron ICA, 7 (22,6%) desarrollaron complicaciones locales, principalmente atrofia grasa en la zona de aplicación y 3 de ellos asociaron alteraciones sensitivas de la rama sensitiva del nervio radial (9,7%).

La duración de los síntomas, medida en meses desde su primera consulta hasta su resolución quirúrgica presenta una media de 5,35 meses (rango: 2-9 meses) con una desviación estándar (DE) de 1,889 meses.

En la exploración física preoperatoria, se observó que el 100% de los pacientes presentaban signos clínicos compatibles con tenosinovitis De Quervain, incluyendo inflamación del primer compartimento extensor, dificultad en la realización de la pinza lateral y prueba de Finkelstein positiva. Por otro lado, la prueba de Mackinnon-Mackurd fue positiva únicamente en 14 pacientes (45,2%). 3 pacientes presentaron alteraciones sensitivas de la rama sensitiva del nervio radial.

Estos hallazgos se resumen en el *Gráfico 2*.

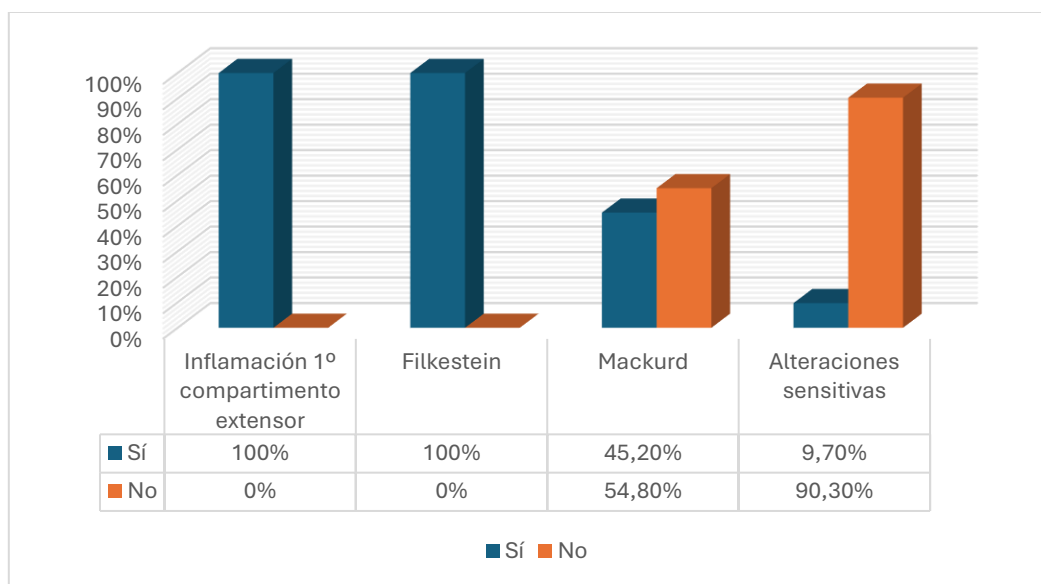


Gráfico 2: Exploración física.

La valoración del dolor preoperatorio se realizó mediante la escala visual analógica (EVA), con una media de 8,35 puntos (rango: 7–9) y una desviación estándar de 0,709.

Nueve pacientes (29,1%) presentaban comorbilidades asociadas en la mano, siendo las más frecuentes el síndrome del túnel carpiano (STC) en 6 pacientes (19,4%), rizartrrosis en 2 pacientes (6,5%) y dedo en resorte en 1 paciente (3,2%).

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente mediante apertura del primer compartimento extensor y posterior liberación de los tendones del abductor largo del

pulgar (ALP) y extensor corto del pulgar (ECP). En 20 pacientes (64,5%) se evidenció compartimentalización del tendón ECP. Además, en 2 pacientes se realizó una neurolisis de la rama sensitiva del nervio radial, y en 4 pacientes se practicó una sinovectomía de los tendones. Solo un paciente requirió la combinación de las tres técnicas quirúrgicas mencionadas. Los procedimientos realizados se representan en el *Gráfico 3*.

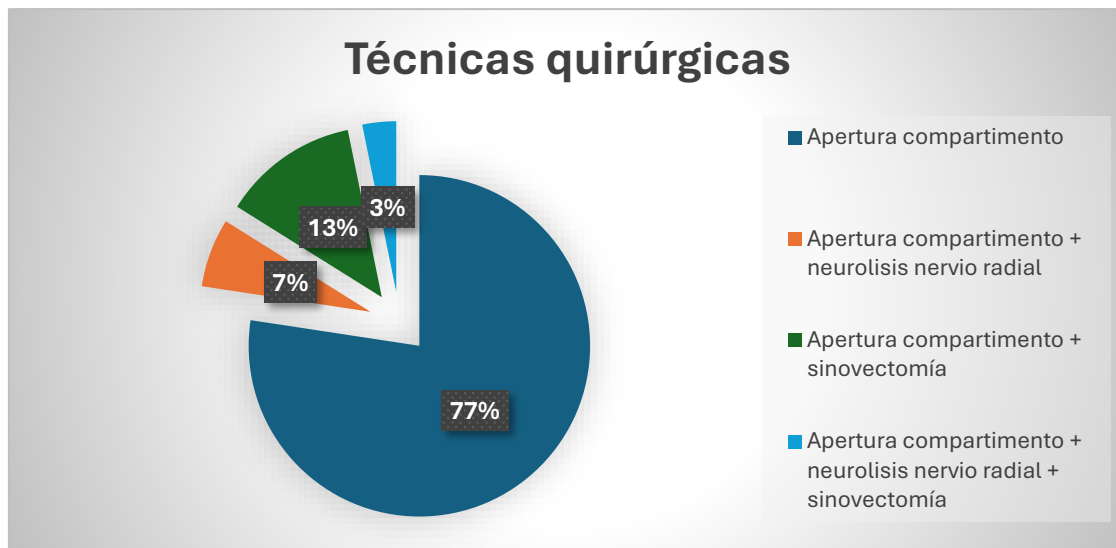


Gráfico 3: técnicas quirúrgicas como tratamiento.

5.1.3. Resultados postoperatorios

En la última revisión postoperatoria, la evaluación del dolor mediante la escala visual analógica (EVA) mostró una mejora significativa, con una media de 0,55 puntos (0-3).

Se objetivaron que un 64,5% (n=20) presentaron una compartimentalización del ECP, estando ausente en el 35,5% (n=11), como se puede ver en el *gráfico 4*.

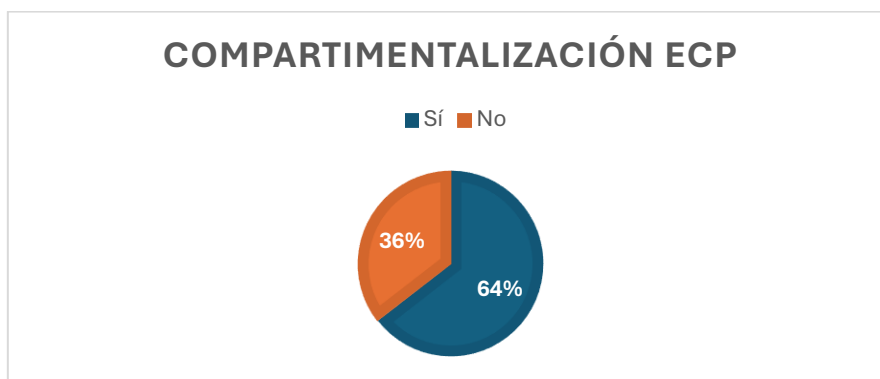


Gráfico 4: compartimentalización ECP

En cuanto a la movilidad funcional del pulgar, rango de oposición, según la escala de Kapandji, la media fue de 9,94 (9-10), con una desviación estándar (DE) de 0,250, lo que indica una recuperación funcional casi completa.

La fuerza de pinza lateral postoperatoria fue medida con un dinamómetro Jamar®, obteniéndose una media de 3,761 kg, con una DE de 1,0197. Los valores oscilaron entre 2,0 y 6,0 kg.

En relación con las complicaciones posquirúrgicas, 29 pacientes (93,5%) no presentaron ninguna alteración tras la intervención. Se documentaron dos complicaciones: disestesias en el territorio de la rama sensitiva del nervio radial en un paciente (3,2 %) y subluxación del tendón del abductor largo del pulgar (ALP) en otro (3,2 %).

La evaluación funcional mediante el cuestionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) presentaba una puntuación media de 10,97 (rango: 1,50–35,00; DE: 8,15).

En cuanto a la satisfacción percibida, el 51,6 % de los pacientes (n = 16) calificó el resultado como "excelente", el 45,2 % (n = 14) como "bueno" y el 3,2 % restante (n = 1) como "regular".

5.2. Análisis comparativo

Para evaluar la posible influencia de la compartimentalización del extensor corto del pulgar (ECP) en los resultados postoperatorios, se analizaron las siguientes variables clínicas: intensidad del dolor (medida mediante la escala visual analógica [EVA]), rango de movilidad (escala de Kapandji), fuerza de pinza lateral (dinamometría con Jamar®) y puntuación funcional (cuestionario DASH). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones realizadas entre los grupos con y sin compartimentalización.

En relación con el tratamiento previo mediante infiltraciones cortico-anestésicas (ICA), se evaluó su posible influencia sobre los mismos parámetros clínicos. Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de dolor postoperatorio ($p = 0,019$), con valores más elevados en los pacientes que habían recibido dos infiltraciones previas al tratamiento quirúrgico.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la administración de ICA ($p = 0,302$), ni con la compartimentalización del tendón del ECP ($p = 0,367$) y la presencia de comorbilidades *tabla 1* y *tabla 2*.

			tto previos ICA			Total
			No	1	2	
PATOLOGIA ASOCIADA	Dedo resorte	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de tto previos ICA	0,0%	14,3%	0,0%	3,2%
	No	Recuento	13	5	4	22
		% dentro de tto previos ICA	65,0%	71,4%	100,0%	71,0%
	RIZARTROSIS	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de tto previos ICA	10,0%	0,0%	0,0%	6,5%
	STC	Recuento	5	1	0	6
		% dentro de tto previos ICA	25,0%	14,3%	0,0%	19,4%
	Total	Recuento	20	7	4	31
		% dentro de tto previos ICA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 1: Relación entre la patología asociada y el tratamiento previo con ICA.

			compartimentalizacion ECP		Total
			NO	SI	
PATOLOGIA ASOCIADA	Dedo resorte	Recuento	0	1	1
		% dentro de compartimentalizacion ECP	0,0%	5,0%	3,2%
	No	Recuento	8	14	22
		% dentro de compartimentalizacion ECP	72,7%	70,0%	71,0%
	RIZARTROSIS	Recuento	0	2	2
		% dentro de compartimentalizacion ECP	0,0%	10,0%	6,5%
	STC	Recuento	3	3	6
		% dentro de compartimentalizacion ECP	27,3%	15,0%	19,4%
	Total	Recuento	11	20	31
		% dentro de compartimentalizacion ECP	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2: Relación entre la patología asociada y la compartimentalización de ECP.

Tampoco se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tratamiento previo con infiltraciones ICA (p: 0,321) y la compartimentalización del ECP (p: 0,146) con la satisfacción de los pacientes como se muestra en la *tabla 3* y la *tabla 4*.

			tto previos ICA			Total
			No	1	2	
SATISFACCION	Bueno	Recuento	10	3	1	14
		% dentro de tto previos ICA	50,0%	42,9%	25,0%	45,2%
	Excelente	Recuento	10	4	2	16
		% dentro de tto previos ICA	50,0%	57,1%	50,0%	51,6%
	Regular	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de tto previos ICA	0,0%	0,0%	25,0%	3,2%
Total		Recuento	20	7	4	31
		% dentro de tto previos ICA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3: Tabla cruzada entre la satisfacción y el tratamiento previo con ICA.

			compartimentalizacion ECP		Total
			NO	SI	
SATISFACCION	Bueno	Recuento	3	11	14
		% dentro de compartimentalizacion ECP	27,3%	55,0%	45,2%
	Excelente	Recuento	7	9	16
		% dentro de compartimentalizacion ECP	63,6%	45,0%	51,6%
	Regular	Recuento	1	0	1
		% dentro de compartimentalizacion ECP	9,1%	0,0%	3,2%
Total	Recuento	11	20	31	
	% dentro de compartimentalizacion ECP	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 4: Tabla cruzada entre la satisfacción y la compartimentalización del ECP.

6. DISCUSIÓN

La tenosinovitis De Quervain es una patología musculoesquelética de elevada frecuencia, especialmente en mujeres, como lo evidencia este estudio, donde más del 80% de los casos correspondieron al sexo femenino [13]. La mayor incidencia se concentró en la quinta década de la vida [10, 13, 14], y predominantemente en pacientes que desempeñan trabajos con carga física media, caracterizados por movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar coincidiendo estas características epidemiológicas y profesionales con otras publicaciones científicas [10, 14, 15]

Diversos estudios han señalado una posible asociación entre la tenosinovitis de De Quervain y otras patologías del aparato locomotor [16]. En nuestra muestra, el 29,1 % de los pacientes presentaban comorbilidades asociadas, como síndrome del túnel carpiano (STC), rizartrosis y dedo en resorte, hallazgos que han sido previamente descritos en la bibliografía [17].

Las opciones terapéuticas conservadoras incluyen antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), analgésicos, fisioterapia y rehabilitación funcional [14]. Las infiltraciones cortico-anestésicas constituyen una opción frecuentemente utilizada en fases iniciales [3, 14]. En nuestra serie, el 35,5 % de los pacientes recibieron ICA (una o dos dosis); sin embargo, se documentaron efectos adversos locales en el 63,6 % de los casos, fundamentalmente atrofia grasa en la zona de inyección con alteraciones sensitivas del nervio radial [10]. La literatura también reporta complicaciones como hipopigmentación cutánea, reacciones inflamatorias, afectación del nervio radial, tromboflebitis o disminución de la fuerza de prensión [18–20].

Un hallazgo relevante fue la compartimentalización del extensor corto del pulgar (ECP), presente en el 64,5 % de los casos, situación que puede favorecer la persistencia o recidiva del cuadro clínico y el fracaso del tratamiento conservador como reportó en sus publicaciones varios autores [7, 21, 22].

Los resultados clínicos postoperatorios fueron altamente favorables, en concordancia con lo descrito por otros autores [14, 18, 23]. En nuestro estudio, el 96,8 % de los pacientes refirieron un alto grado de satisfacción, clasificado como bueno o excelente. Además, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el número de infiltraciones previas y el dolor postoperatorio, con mayores niveles de dolor en aquellos que habían recibido dos infiltraciones ($p = 0,019$) [14].

No obstante, no se evidenciaron asociaciones significativas entre la presencia de comorbilidades o la compartimentalización del ECP y los resultados funcionales

obtenidos en el cuestionario DASH, ni con el tratamiento previo con ICA [18, 21], en contraste con otras publicaciones, probablemente por el número de pacientes en nuestro estudio es escaso.

Desde el punto de vista quirúrgico, el abordaje consistente en la apertura del primer compartimento extensor y la liberación de los tendones del abductor largo del pulgar (ALP) y el extensor corto del pulgar (ECP) se consolida como una estrategia eficaz en pacientes con respuesta insuficiente al tratamiento conservador. Múltiples estudios coinciden en reportar tasas elevadas de éxito tras la cirugía, con mejorías significativas en los índices funcionales y escasa tasa de recurrencias siempre que se libere el ECP en caso de que esté subcompartimentalizado [18]. En nuestro estudio se observó una reducción sustancial del dolor, así como una recuperación casi completa de la movilidad y la fuerza funcional postoperatoria.

A pesar de estos buenos resultados, deben considerarse las posibles complicaciones asociadas. En nuestra serie, se registraron dos complicaciones postquirúrgicas (6,5 %): una disestesias en el territorio de la rama sensitiva del nervio radial y una subluxación del tendón del APL. Estas complicaciones han sido descritas previamente, relacionadas con la compresión de la rama sensitiva del nervio radial, que puede ocasionar parestesias y dolor neuropático, o con una liberación excesiva de la vaina tendinosa que favorece la subluxación tendinosa durante la movilidad de la muñeca [13, 14]. Asimismo, la literatura recoge otras complicaciones poco frecuentes, como infección de partes blandas, dehiscencia de la herida quirúrgica o cicatrización hipertrófica no vistas en nuestro estudio [14].

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño muestral reducido limita la capacidad de generalizar los hallazgos a la población general. En segundo lugar, puede existir un sesgo de selección, dado que los pacientes incluidos solo son aquellos a los que se ha intervenido quirúrgicamente lo que podría no ser completamente representativos del conjunto de personas afectadas por esta patología.

8. CONCLUSIONES

La tenosinovitis de De Quervain es una patología de alta prevalencia, particularmente en mujeres con una edad media entre 40 y 50 años , asociada a actividades laborales que implican movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar.

El tratamiento inicial suele ser conservador, siendo las infiltraciones cortico-anestésicas (ICA) una de las opciones más utilizadas, con evidencia de alta eficacia clínica pero con un porcentaje alto de complicaciones locales, además el uso repetido de estas infiltraciones podría influir negativamente en la evolución postoperatoria, especialmente en relación con la percepción del dolor.

En los casos en los que el tratamiento conservador resulta ineficaz, la intervención quirúrgica se consolida como una alternativa segura y eficaz, con mejoras sustanciales en el dolor, la fuerza de prensión y la movilidad funcional, y una baja tasa de complicaciones (6 %).

Asimismo, la presencia de patologías asociadas o la compartimentalización del extensor corto del pulgar (ECP) no mostró una influencia estadísticamente significativa sobre los resultados funcionales obtenidos tras la cirugía.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Fakoya AO, Tarzian M, Sabater EL, Burgos DM, Marty GIM, Fakoya AO, et al. De Quervain's Disease: A Discourse on Etiology, Diagnosis, and Treatment. Cureus [Internet]. 24 de abril de 2023 [citado 1 de mayo de 2025];15(4). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/149599-de-quervains-disease-a-discourse-on-etiology-diagnosis-and-treatment>
2. Ilyas AM, Ast M, Schaffer AA, Thoder J. de Quervain Tenosynovitis of the Wrist. JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. diciembre de 2007;15(12):757.
3. Peters-Veluthamaningal C, Windt DA van der, Winters JC, Jong BM de. Inyección de corticosteroides para la tenosinovitis de Quervain - Peters-Veluthamaningal, C - 2009 | Cochrane Library. [citado 1 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005616.pub2/full/es>
4. Shiraishi N, Matsumura G. Anatomical Variations of the Extensor Pollicis Brevis Tendon and Abductor Pollicis Longus Tendon - Relation to Tenosynovectomy -. Okajimas Folia Anat Jpn. 2005;82(1):25-30.
5. Wu F, Rajpura A, Sandher D. Finkelstein's Test Is Superior to Eichhoff's Test in the Investigation of de Quervain's Disease. Journal of Hand and Microsurgery. 20 de marzo de 2018;10:116-8.
6. Blood TD, Morrell NT, Weiss APC. Tenosynovitis of the Hand and Wrist: A Critical Analysis Review. JBJS Rev. 29 de marzo de 2016;4(3):e7.

7. Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. *Journal of Hand Surgery*. 1 de enero de 2009;34(1):112-5.
8. Goel R, Abzug JM. De Quervain's Tenosynovitis: A Review of the Rehabilitative Options. *Hand (New York, N,Y)*. 1 de marzo de 2015;10(1):1-5.
9. Muñoz AKB, García JO, Andrade FC, Galicia JY, Ahuejote VMM. Tenosinovitis estenosante de los tendones flexores del pulgar o Tenosinovitis de Quervain. 2022;
10. Stahl S, Vida D, Meisner C, Lotter O, Rothenberger J, Schaller HE, et al. Systematic review and meta-analysis on the work-related cause of de Quervain tenosynovitis: a critical appraisal of its recognition as an occupational disease. *Plast Reconstr Surg*. diciembre de 2013;132(6):1479-91.
11. Dawson C, Mudgal CS. Staged Description of the Finkelstein Test. *Journal of Hand Surgery*. 1 de septiembre de 2010;35(9):1513-5.
12. Vergara -Amador E, Castro FC. Prevalencia de los signos de Finkelstein y Eichhoff en una población sana. *Revista Salud Uninorte*. 2021;37(3):664-74.
13. Suwannaphisit S, Chuaychoosakoon C. Effectiveness of surgical interventions for treating de Quervain's disease: A systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*. 13 de abril de 2022;77:103620.
14. Satteson E, Tannan SC. De Quervain Tenosynovitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442005/>
15. Goel R, Abzug JM. de Quervain's tenosynovitis: a review of the rehabilitative options. *Hand (N Y)*. marzo de 2015;10(1):1-5.
16. Garrafa Núñez MM, García Martín MC, Sánchez Lemus G. Factores de riesgo laboral para tenosinovitis del miembro superior. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. diciembre de 2015;61(241):486-503.
17. Portal INSST [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales - DDC | INSST - Portal INSST - INSST. Disponible en: <https://www.insst.es/ddc-directrices-para-la-decision-clinica>
18. Bhat AK, Vyas R, Acharya AM, Rajagopal KV. De Quervain's tenosynovitis: a non-randomized two-armed study comparing ultrasound-guided steroid injection with surgical release. *Musculoskelet Surg*. 2023;107(1):105-14.

19. Ashraf MO, Devadoss VG. Systematic review and meta-analysis on steroid injection therapy for de Quervain's tenosynovitis in adults. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 1 de febrero de 2014;24(2):149-57.
20. Oh JK, Messing S, Hyrien O, Hammert WC. Effectiveness of Corticosteroid Injections for Treatment of de Quervain's Tenosynovitis. *Hand (N Y)*. julio de 2017;12(4):357-61.
21. Bonczar M, Walocha J, Pasternak A, Depukat P, Dziedzic M, Ostrowski P, et al. Anatomical variations in the first dorsal compartment of the wrist: meta-analysis. *Folia Morphologica*. 2023;82(4):766-76.
22. Thandoni A, Yetter WN, Regal SM. Anatomic location of the first dorsal extensor compartment for surgical De-Quervain's tenosynovitis release: A cadaveric study. *World Journal of Orthopedics*. 18 de abril de 2024;15(4):379-85.
23. Shin YH, Choi SW, Kim JK. Prospective randomized comparison of ultrasonography-guided and blind corticosteroid injection for de Quervain's disease. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 1 de abril de 2020;106(2):301-6.



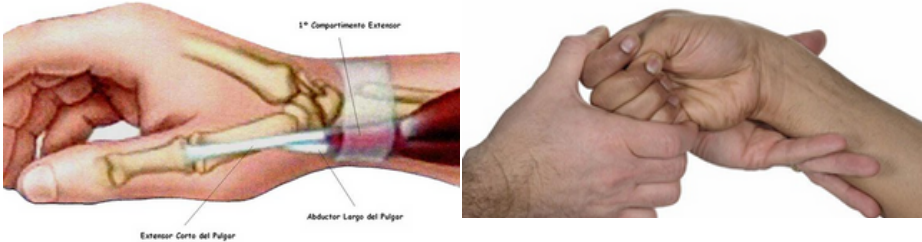
TENDINITIS DE QUERVAIN: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO



Autora: María Pérez Arquero
Tutora: Clarisa Simón Pérez

1 INTRODUCCIÓN

La **tendinitis de Quervain** es una **tendinopatía estenosante** de la muñeca que afecta a los tendones que controlan el movimiento del pulgar, específicamente el abductor largo del pulgar (ALP) y el extensor corto del pulgar (ECP).



2 OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar la eficacia del tratamiento quirúrgico en la Tendinitis De Quervain tras el fracaso del tratamiento conservador.

Objetivos específicos

- Valorar la mejoría, durabilidad o fracaso del tratamiento conservador.
- Valorar los factores que influyen en los pacientes que precisan de tratamiento quirúrgico.
- Observar cuál de las diferentes terapias tiene mejores resultados a la hora de tratar al paciente y mejorar la calidad de vida de este.

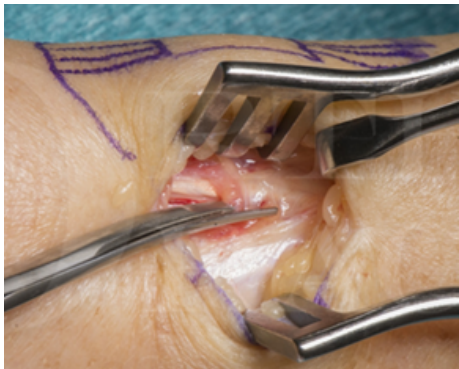
3 MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio **retrospectivo observacional** de los pacientes con tendinitis de De Quervain tratados en el Hospital clínico universitario de Valladolid en el periodo comprendido entre el año 2018 al 2024.

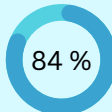
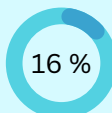
Variables del estudio:

- Datos demográficos (edad, sexo, profesión...)
- Tratamientos conservadores previos realizados (rehabilitador, ICA y/o quirúrgico)
- Datos clínicos: dolor (EVA), positividad de la prueba de Finkelstein y Eichhoff, movilidad del pulgar y fuerza de la pinza.
- Complicaciones tras la cirugía o el tratamiento conservador.
- Cuestionario DASH.

Técnica quirúrgica empleada:



4 RESULTADOS



NÚMERO DE INFILTRACIONES CORTICO-ANESTÉSICAS

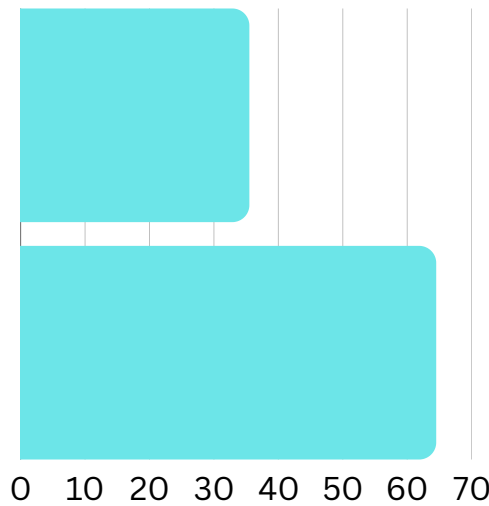
No ICA
64.5%

1 ICA
22.6%

2 ICA
12.9%

Compartimentalización ECP

No compartimentalización ECP



Regular
3.2%

Bueno
45.2%

SATISFACCIÓN POSTOPERATORIA

Excelente
51.6%

VARIABLES POSTOPERATORIAS	MEDIA
EVA	0,55
Movilidad funcional	9,94
fuerza pinza lateral	3,761 kg
DASH	10,97

5 CONCLUSIÓN

- Alta prevalencia en mujeres con una edad media comprendida entre 40-50 años.
- Alta eficacia del tratamiento con ICA, asociado a un 63,6% de complicaciones locales.
- Resultados excelentes asociados al tratamiento quirúrgico, con alto grado de satisfacción. Mejoría clínica y funcional y escasa tasa de complicaciones.
- La presencia de patología asociada o compartimentalización de ECP no ha arrojado diferencias significativas en los resultados tras la intervención quirúrgica, comparado con aquellos pacientes que las presentaban.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fakoya AO, Tarzian M, Sabater EL, Burgos DM, Marty GIM, Fakoya AO, et al. De Quervain's Disease: A Discourse on Etiology, Diagnosis, and Treatment. Cureus [Internet]. 24 de abril de 2023 [citado 1 de mayo de 2025];15(4). Disponible en: [Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nullam molestie id ligula pretium tincidunt. Aenean ac ante a nisi eleifend facilisis. Nullam condimentum turpis sit amet ex varius aliquet. Suspendisse ut dapibus elit. Quisque blandit ante et velit rhoncus, ac iaculis mi.](#)

3. Peters-Veluthamaningal C, Windt DA van der, Winters JC, Jong BM de. Inyección de corticosteroides para la tenosinovitis de Quervain - Peters-Veluthamaningal, C - 2009 | Cochrane Library. [citado 1 de mayo de 2025]; Disponible en: [Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nullam molestie id ligula pretium tincidunt. Aenean ac ante a nisi eleifend facilisis. Nullam condimentum turpis sit amet ex varius aliquet. Suspendisse ut dapibus elit. Quisque blandit ante et velit rhoncus, ac iaculis mi.](#)

6. Blood TD, Morrell NT, Weiss APC. Tenosynovitis of the Hand and Wrist: A Critical Analysis Review. JBJS Rev. 29 de marzo de 2016;4(3):e7.

10. Stahl S, Vida D, Meisner C, Lotter O, Rothenberger J, Schaller HE, et al. Systematic review and meta-analysis on the work-related cause of de Quervain tenosynovitis: a critical appraisal of its recognition as an occupational disease. Plast Reconstr Surg. diciembre de 2013;132(6):1479-91.

14. Satteson E, Tannan SC. De Quervain Tenosynovitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: [Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nullam molestie id ligula pretium tincidunt. Aenean ac ante a nisi eleifend facilisis. Nullam condimentum turpis sit amet ex varius aliquet. Suspendisse ut dapibus elit. Quisque blandit ante et velit rhoncus, ac iaculis mi.](#)