CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Tenosinovitis de De Quervain

Anatomía de los tendones del pulgar afectados en la enfermedad de De Quervain: el abductor largo del pulgar y el extensor corto del pulgar, a medida que cruzan la muñeca.

Kieran Hirpara 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La tenosinovitis de De Quervain es un problema de dos tendones situados en el lado del pulgar de la muñeca. El túnel por el que pasan se hincha y se estrecha, por lo que a los tendones les duele deslizarse a través de él. Siente dolor y sensibilidad al tacto en el lado del pulgar de la muñeca, cerca del bulto óseo de la base del pulgar. A menudo hay hinchazón sobre esa misma zona.

Ciertos movimientos empeoran el dolor. Doblar la muñeca hacia el meñique, agarrar algo con fuerza mientras dobla la muñeca hacia el lado del pulgar, o juntar en pinza el pulgar y el índice pueden provocarlo. Las tareas cotidianas que requieren estos movimientos se vuelven difíciles: levantar una tetera, girar un picaporte, cargar a un niño pequeño, escurrir un paño o usar tijeras. Algunas personas notan un leve roce o crujido bajo la piel al presionar sobre la zona dolorida.

La mayoría de las personas notan que el dolor se intensifica con el uso y se calma con el reposo. Puede empeorar después de un día de mucho uso de la mano. Algunas personas lo notan a primera hora de la mañana o durante la noche.

Un pequeño número de personas (alrededor de 1 de cada 100) notan que, además del dolor, el pulgar se engancha o se bloquea. Conviene mencionarlo, porque puede cambiar qué tratamientos funcionan bien.

Cuándo buscar ayuda

Consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada si el dolor no mejora, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar la mano.

Acuda al servicio de urgencias ese mismo día si la mano o el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre. Podría tratarse de una infección que requiere atención el mismo día, y no necesita una

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

derivación de su médico de cabecera. Acuda también ese mismo día si los dedos o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento después de una lesión.

Si no puede contactar con la clínica, por ejemplo fuera del horario de atención o durante el fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Dos tendones separan el pulgar de la mano y lo estiran. Pasan uno junto al otro por un túnel estrecho en el lado del pulgar de la muñeca. El túnel tiene un techo firme que mantiene los tendones pegados al hueso, como una anilla guía que sujeta dos cuerdas en su sitio.

El problema es que los tendones y su túnel se inflaman. El revestimiento hinchado ocupa espacio dentro de un hueco que ya es estrecho, de modo que los tendones rozan al deslizarse. Esa fricción provoca más hinchazón y más dolor, y el propio túnel puede estrecharse con el tiempo. El riego sanguíneo a través de este paso estrecho es escaso, lo que dificulta que la irritación se calme por sí sola.

Algunas personas tienen de forma natural una pared adicional dentro del túnel, que lo divide en dos pasos separados. Esto es importante porque ambos tendones necesitan espacio para deslizarse. Si uno de los tendones queda en su propio paso cerrado, ese paso puede seguir estrecho aunque se trate el túnel principal.

Esto explica lo que siente. La zona dolorida en el lado del pulgar de la muñeca es el propio túnel. El dolor al agarrar, pellizcar y levantar objetos se debe a que los tendones tiran a través del espacio estrechado. La fuerza de pinza y del pulgar puede disminuir porque los tendones no pueden deslizarse libremente. El roce o crujido que notan algunas personas es la superficie áspera del tendón moviéndose bajo la piel.

Cuando el pulgar se engancha o se bloquea además de doler, el estrechamiento se ha vuelto lo bastante intenso como para atrapar el tendón momentáneamente. Se trata de una forma más avanzada del mismo problema, y conviene señalarlo pronto porque cambia qué tratamientos funcionan bien.

El dolor en esta zona también puede venir de estructuras vecinas al túnel y no del propio túnel: la artrosis de la base del pulgar, tendones irritados más arriba en el antebrazo o un nervio superficial que cruza esta parte de la muñeca. Estos problemas necesitan tratamientos distintos, y por eso importa saber exactamente de dónde viene el dolor.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general empezamos con cambios en la forma en que usa la mano y con terapia de la mano para calmar la irritación y reducir la carga sobre los tendones. Una férula que mantiene inmóviles el pulgar y la muñeca puede dar descanso a los tendones y reducir la fricción que causa el dolor. Dé a estas medidas una oportunidad real antes de pasar a otra cosa, y avísenos si no mejora.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

El tratamiento con la evidencia más sólida para esta afección es una inyección de cortisona. La cortisona es un medicamento antiinflamatorio que reduce la hinchazón dentro del túnel. Una sola inyección alivia los síntomas en el 82% de las personas, y más de la mitad de ellas permanecen sin síntomas durante al menos 12 meses. Guiar la inyección con ecografía puede mejorar el resultado, y además nos ayuda a confirmar exactamente qué estamos tratando. Combinar la inyección con una férula que mantiene inmóvil la muñeca funciona mejor que la inyección sola. Si los síntomas reaparecen, una segunda inyección sigue siendo una opción razonable y no una señal de que las inyecciones hayan fracasado. Si usted padece diabetes, una sola inyección tiene menos probabilidades de ser eficaz que en otras personas, pero cada inyección adicional sigue funcionando tan bien como la anterior.

La mayoría de las personas no necesitarán cirugía. La consideramos cuando el tratamiento no quirúrgico no ha producido una mejoría suficiente, o cuando el pulgar se engancha y se bloquea además de doler, algo que no suele calmarse por sí solo. La operación libera el techo estrecho del túnel para que los tendones vuelvan a deslizarse libremente. Es una operación pequeña y tiene su propia página en la que se describe en qué consiste.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, esta afección no desaparece por sí sola rápidamente. La mayoría de quienes la padecen siguen teniendo síntomas un año después si no se hace nada, y el dolor tiende a reagudizarse con el uso en lugar de ir desapareciendo poco a poco. Un pequeño número de personas (alrededor de una de cada tres) acabará necesitando cirugía en un plazo de dos años, y la mayoría de quienes la necesitan llegan a ese punto durante el primer año.

Con el tratamiento, el pronóstico es bueno, dicho con sinceridad. Una sola inyección de cortisona resuelve por completo los síntomas en el 70% de las personas, y una segunda inyección cura a un 10% adicional. En conjunto, las inyecciones tienen éxito el 73.4% de las veces con un máximo de dos inyecciones. Cuando se necesita cirugía, funciona bien: el 88% de las personas están totalmente satisfechas después, y la operación cura el problema en el 91% de los casos.

Cómo se vive la recuperación depende del camino que elija. Después de una inyección, el dolor suele aliviarse en cuestión de días o semanas a medida que se reduce la hinchazón dentro del túnel. Después de la cirugía, los tendones vuelven a deslizarse libremente, y la mejoría suele llegar antes con el método mínimamente invasivo (endoscópico) que con el método abierto. La terapia de la mano después de la cirugía se realiza con Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta especializada en mano: dirige su terapia y confecciona cualquier férula que necesite.

Conviene saber algunas cosas desde el principio. Si padece diabetes o síndrome metabólico (un conjunto de problemas de salud que incluye la presión arterial alta y el exceso de peso alrededor de la cintura), las inyecciones tienen menos probabilidades de ser eficaces en su caso que en otras personas. La forma en que usted percibe la afección también influye: las personas que esperan lo peor tienden a referir más dolor y menos función, por lo que ayuda tener expectativas realistas en lugar de temores sobre lo que significa esta afección.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de las señales de alarma de esta afección ya se describen en la primera sección: un dolor que no mejora, que empeora a lo largo de las semanas, que le despierta por la noche o que le impide trabajar o usar la mano. Si alguna de ellas se aplica a usted, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

Hay una señal que merece mencionarse de nuevo aquí. Si el pulgar se engancha o se bloquea además de doler, dígaselo a quien le atienda. Esta forma del problema no suele calmarse solo con reposo o con una férula, y cambia qué tratamientos funcionan bien, por lo que conviene señalarla pronto en lugar de esperar a ver si desaparece.

El mismo consejo se aplica si el dolor se sitúa un poco lejos de la zona habitual, por ejemplo más arriba en el antebrazo o sobre la base del pulgar. Varias otras afecciones pueden parecerse a esta y responden a tratamientos distintos. Una exploración cuidadosa permite saber cuál de ellas tiene.

Acuda al servicio de urgencias ese mismo día si la mano o el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La tenosinovitis de De Quervain merece esta lectura adicional debido a una pequeña variante anatómica que explica gran parte de la insatisfacción postoperatoria, a pesar de que el procedimiento en sí es bastante fiable; además, el mejor resultado sin intervención quirúrgica se logra combinando dos tratamientos en lugar de optar por uno solo.

LA COMBINACIÓN DE AMBOS TRATAMIENTOS ES MÁS EFICAZ QUE CUALQUIERA POR SEPARADO

El primer compartimento dorsal contiene dos tendones dentro de un túnel situado en el lado del pulgar de la muñeca. El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación en dicho túnel y disminuir la carga que soporta.

Un metaanálisis de red realizado con **823** pacientes concluyó que **la inyección de corticoides junto con un período breve de inmovilización sigue siendo el tratamiento principal y eficaz**, siendo la terapia con ondas de choque extracorpóreas una opción secundaria [1]. Al analizar cada componente por separado, **los enfoques que combinan el uso de órtesis e inyección de corticoides resultan más eficaces que cualquiera de las intervenciones por sí solas** [2].

Esto constituye una indicación más precisa que el consejo genérico de “probar primero con una férula y, si no funciona, aplicar una inyección”. La evidencia científica respalda la aplicación conjunta de ambas medidas, utilizando la férula durante un breve período tras la inyección.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

VALE LA PENA APLICAR UNA SEGUNDA INYECCIÓN

Cuando los síntomas reaparecen, lo lógico es pensar que las inyecciones han fracasado y optar por la cirugía. Sin embargo, los datos obtenidos de un gran grupo de pacientes indican lo contrario: aunque **la tasa de éxito disminuye con múltiples inyecciones**, **las inyecciones repetidas siguen teniendo una alta tasa de éxito y constituyen una opción clínica viable** [3].

Es normal que el éxito disminuya con el uso repetido de inyecciones. No obstante, una tasa de éxito menor no equivale a ineficacia; por ello, aplicar una segunda inyección sigue siendo una medida razonable, y no una mera táctica para retrasar el tratamiento.

LA VARIANTE QUE EXPLICA LA MAYORÍA DE LAS DECEPCIONES QUIRÚRGICAS

La liberación del primer compartimento dorsal es eficaz; cuando no da resultados satisfactorios, suele haber una razón específica. La insatisfacción puede deberse a **una liberación incompleta, a la subluxación de los tendones, a lesiones nerviosas o simplemente a la duración de la recuperación**. Además, **la existencia de una vaina del extensor pollicis brevis no identificada ni liberada constituye una causa concreta de insatisfacción** [4].

Esto merece ser analizado en profundidad, pues es el dato más relevante de esta sección. En una proporción considerable de pacientes, el compartimento no es un único túnel, sino dos; el tendón del extensor pollicis brevis discurre en su propia vaina, separada de las demás. Una liberación que abra únicamente el compartimento principal deja intacta esa segunda vaina, de modo que el tendón permanece comprimido. Se abre la muñeca, se completa la intervención según lo descrito, pero los síntomas persisten.

Esta es también la razón por la que las otras dos causas mencionadas son importantes: una liberación excesiva permite que los tendones se subluxen fuera de su canal al mover la muñeca, provocando un chasquido doloroso; además, la rama superficial del nervio radial discurre justo sobre el campo operatorio. Por ello, el compartimento debe abrirse por completo, pero sin excesos, teniendo en cuenta la presencia del nervio; esto explica por qué una intervención aparentemente menor requiere el mismo cuidado que una más compleja.

NO TODO EL DOLOR EN LA ZONA RADIAL DE LA MUÑECA SE DEBE AL SÍNDROME DE DE QUERVAIN

El dolor en esta zona presenta varias posibles causas que vale la pena conocer, ya que los tratamientos difieren: la artritis en la base del pulgar, el síndrome de intersección a unos pocos centímetros más arriba en el antebrazo, y la irritación del nervio radial pueden provocar dolor en zonas similares. Una sensibilidad localizada exactamente sobre dicha zona, junto con dolor que se reproduce al desviar la muñeca hacia el lado cubital con el pulgar metido en la palma, son indicadores de que el problema radica en la vaina tendinosa y no en otras estructuras cercanas.

REFERENCIAS

[1] Chong HH, Pradhan A, Dhingra M, Liong W, Hau MY, Shah R. Avances en el tratamiento de la tenosinovitis de De Quervain: un metaanálisis de red integral de ensayos controlados aleatorizados. J Hand Surg Am. 2024;49(6):557-69. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.003

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[2] Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, Chipchase LS. Terapia de la mano frente a inyecciones de corticoides en el tratamiento de la enfermedad de De Quervain: una revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Ther. 2016;29(1):3-11. https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004

[3] Hassan K, Sohn A, Shi L, Lee M, Wolf JM. Tenosinovitis de De Quervain: evaluación de la epidemiología y utilidad de múltiples inyecciones mediante una base de datos nacional. J Hand Surg Am. 2022;47(3):284.e1-284.e6. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.04.018

[4] Rogozinski B, Lourie GM. Insatisfacción tras la liberación del compartimento dorsal primario por tendinopatía de De Quervain. J Hand Surg Am. 2016;41(1):117-9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.09.003

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au