

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 provoca dolor en el lado del pulgar de la muñeca, cerca de la base del pulgar. Esa zona también puede sentirse sensible y ligeramente hinchada. El problema se origina en un canal estrecho por donde se deslizan dos tendones del pulgar; cuando ese canal se irrita, los tendones se traban al moverse.

Ciertos movimientos empeoran el dolor: doblar la muñeca hacia el lado del meñique, agarrar algo con fuerza mientras se dobla la muñeca, o juntar el pulgar e índice. Es posible que note el dolor al levantar una tetera, girar un picaporte, cargar a su bebé o usar tijeras. En algunas personas, el dolor se intensifica al despertar o después de realizar actividades prolongadas.

No existe una relación clara entre esta afección y el tipo de trabajo o una lesión específica. Puede aparecer junto con otros problemas de muñeca, aunque con frecuencia se desarrolla de forma independiente.

Por lo general, su cirujano puede diagnosticarla al examinar la muñeca y determinar el lugar exacto del dolor. No se requieren estudios de imagen cuando el cuadro clínico es evidente; estos solo se usan si se debe descartar otra patología, como una fractura previa o artritis en la base del pulgar.

La mayoría de las personas que comprenden esta afección optan primero por tratamientos sencillos; en la mayoría de los casos los síntomas desaparecen en el transcurso de un año. La inyección de esteroides en el canal afectado es el primer paso habitual; tras dos inyecciones, el 73,4 % de los pacientes experimentan alivio. El uso de férula por sí solo es menos eficaz que la inyección.

Si el dolor es intenso o le impide realizar sus actividades cotidianas, se podría considerar una cirugía para liberar el canal comprimido. Este procedimiento se denomina liberación del primer compartimento extensor y constituye el tratamiento estándar cuando las inyecciones no han surtido efecto suficiente.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Los dos tendones que mueven el pulgar hacia afuera y lejos de la mano atraviesan un túnel estrecho en el lado del pulgar de la muñeca. Imagine los tendones como cuerdas lisas y el túnel como una correa de polea que los mantiene cerca del hueso. En esta afección, el túnel se vuelve estrecho y engrosado, por lo que las cuerdas pierden su capacidad de deslizarse con facilidad.

La fricción entre el tendón y el túnel provoca hinchazón en ese espacio. Con el tiempo, la vaina tendinosa misma se modifica: se vuelve densa y fibrosa, y el tejido adquiere una textura similar a un gel. Los tendones también pueden desarrollar bandas pegajosas que los adhieren a la pared del túnel. El resultado es un canal comprimido y estrecho; cada movimiento del pulgar hace que los tendones hinchados pasen a través de él. Esa tracción irrita los receptores del dolor en dicha zona, motivo por el cual los movimientos de pellizcar y agarrar mencionados anteriormente resultan dolorosos.

En algunas personas, el túnel es naturalmente estrecho. Alrededor de un tercio de la población presenta una pared adicional en su interior que divide el espacio en dos compartimentos; además, algunas personas tienen tendones adicionales que comparten ese espacio reducido. Estas variaciones se observan en ambas muñecas en ciertas personas, y aumentan la probabilidad de congestión en el túnel.

Esta afección suele denominarse tenosinovitis, término que sugiere inflamación del revestimiento tendinoso. En realidad, los cambios tisulares se asemejan más al desgaste y la degeneración que a una inflamación clásica. La hinchazón y el engrosamiento son reales, pero se deben a la degradación de la vaina tendinosa bajo carga, no a una simple reacción inflamatoria.

El dolor no indica que haya sufrido una lesión por uso excesivo de la muñeca. No existe una relación clara entre el uso de la mano en el trabajo o alguna lesión específica y esta afección. Es más frecuente en mujeres y puede aparecer tras otros problemas de muñeca, como una fractura tratada quirúrgicamente.

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, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su muñeca y solicitamos estudios de imagen solo si es necesario. Dado que este problema es crónico y no se trata de una lesión reciente, normalmente iniciamos con tratamiento no quirúrgico.

Los primeros pasos son medidas que usted mismo puede tomar. Descansar el pulgar y la muñeca ayuda; además, una férula tipo “spica” para el pulgar mantiene ambos inmóviles, permitiendo así que el túnel comprimido se recupere. La férula puede aliviar el dolor mientras se usa, pero deja de ser eficaz en cuanto las articulaciones vuelven a moverse libremente. La terapia de la mano puede combinarse con una inyección; esta combinación ha demostrado reducir el dolor en las pruebas clínicas [2]. También existen tratamientos en los que se introduce

una crema medicada en la piel mediante una pequeña corriente eléctrica, o en los que se aplican ondas sonoras en la zona afectada; estos métodos pueden mejorar el funcionamiento de la muñeca y disminuir el dolor.

El tratamiento médico principal consiste en una inyección de cortisona dentro del túnel. La cortisona es un potente antiinflamatorio que reduce la inflamación alrededor de los tendones. Una sola inyección alivió los síntomas en el 82% de los pacientes, y más de la mitad de ellos permanecieron asintomáticos durante al menos 12 meses. Si usted padece diabetes, una sola inyección tiene menos probabilidades de ser efectiva; no obstante, las inyecciones repetidas no pierden su eficacia. La combinación de la inyección con el uso de una férula resulta más eficaz que la inyección sola. Otros tipos de inyecciones, como el ácido hialurónico o el PRP, no forman parte del tratamiento que ofrecemos para esta afección.

Si el tratamiento no quirúrgico no le ha proporcionado suficiente alivio, hablaremos sobre la cirugía. La operación consiste en liberar el túnel comprimido para que los tendones vuelvan a deslizarse libremente; se considera cuando las inyecciones y el uso de férulas no han logrado controlar los síntomas. Antes de que usted tome una decisión, analizaremos junto a usted en qué consiste la intervención, cómo será la recuperación y cuáles son los resultados esperados.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, esta afección mejora con el tiempo. La mayor parte de los pacientes observan que sus síntomas desaparecen en el transcurso de un año. Muchas personas logran controlarla sin necesidad de cirugía: solo alrededor de un tercio de quienes padecen esta condición requieren una operación en los dos años siguientes; cuando sí es necesaria, suele producirse durante el primer año.

El objetivo del tratamiento es acortar ese período de recuperación. La inyección de cortisona, acompañada de un breve período de inmovilización con férula, constituye el pilar del tratamiento inicial y resulta eficaz para la mayoría de los pacientes. Si la primera inyección alivia los síntomas pero el dolor vuelve a aparecer, una segunda inyección sigue siendo una opción razonable. Aunque la tasa de éxito disminuye con inyecciones repetidas, estas siguen siendo una herramienta útil.

En personas con diabetes, una sola inyección tiene menos probabilidades de controlar los síntomas que en otras personas. La buena noticia es que las inyecciones posteriores no pierden su efecto en diabéticos, por lo que repetir el tratamiento sigue siendo beneficioso.

La cirugía se reserva para ese pequeño grupo cuyo dolor no cede con inyecciones ni con el uso de férulas. En esos casos, la liberación del túnel comprimido brinda alivio duradero a los tendones; además, la operación presenta una baja tasa de complicaciones.

La forma en que uno percibe la afección también influye. Las personas que anticipan los peores resultados suelen reportar más dolor y menor funcionalidad; por ello, tener una visión clara de lo que les espera les ayuda a elegir el tratamiento que mejor se adapte a su vida. No hay evidencia que respalde la idea de que el uso excesivo haya dañado la muñeca; saber esto puede disipar parte del miedo ante los episodios de dolor.

No existe un cronograma único y garantizado. Algunas muñecas responden rápidamente a la inyección; otras requieren una dosis adicional, y unas pocas terminan necesitando cirugía. Cuando esta afección se maneja

adecuadamente, lo habitual es que el dolor disminuya y los tendones vuelvan a deslizarse sin problemas. Si no se interviene, la mayoría de los casos también mejoran en el transcurso de un año; sin embargo, durante ese tiempo el paciente puede tener que convivir con molestias durante varios meses.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si el dolor en el lado del pulgar de la muñeca persiste o reaparece, o si le impide realizar sus actividades habituales a pesar del reposo y el uso de una férula. Solicite una evaluación especializada si las inyecciones no han mejorado los síntomas, o si el dolor es tan intenso que limita el uso diario de la mano. En algunos casos, los síntomas mejoran por sí solos en el transcurso de un año; sin embargo, esperar no es la única opción, ya que el tratamiento puede acortar ese período. Si nota entumecimiento, hormigueo o sensaciones inusuales en el pulgar o la muñeca que no se ajustan al patrón habitual, mencione esto durante la consulta, pues otras afecciones de la muñeca a veces pueden simular esta condición.

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.

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>
- [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>