



Universidad
Internacional
de Andalucía

TÍTULO

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO CON DIAGNÓSTICO DE
TENOSINOVITIS DE QUERVAIN

AUTORA

Ileana del Rosario Aguilar Gutiérrez

| | |
|-----------------|--|
| | Esta edición electrónica ha sido realizada en 2025 |
| Tutor | D. Josep María Solé Artigau |
| Institución | Universidad Internacional de Andalucía |
| Curso | <i>Diploma de Especialización en Terapia de la Mano Basada en la Evidencia y el Razonamiento Clínico (2022-23)</i> |
| © | Ileana del Rosario Aguilar Gutiérrez |
| © | De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía |
| Fecha documento | 2023 |



Universidad
Internacional
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

TÍTULO DEL TRABAJO

Curso 2022-23

**Título de programa: III Diploma de Especialización
en Terapia de la Mano basada en la evidencia y el
razonamiento clínico(22/23)**



Alumno:

Ileana del Rosario Aguilar Gutiérrez

Tutor:

Josep Ma. Solé

El presente trabajo de investigación se desarrolla como parte del programa del III Diploma de Especialización en Terapia de la mano basado en la evidencia y el razonamiento clínico.

Se presenta la evolución de un caso clínico de paciente femenina, de 35 años, con diagnóstico de Tenosinovitis De Quervain en mano derecha, realizando para ello la correspondiente investigación bibliográfica a manera de desarrollar un plan de tratamiento basado en evidencia con medición de las variables del estudio . Asimismo, se presentan gráficas comparativas de las evaluaciones realizadas y las respectivas conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Se investigará en esta presentación un caso clínico con diagnóstico de Tenosinovitis De Quervain. La tenosinovitis fue descrita en 1895 por el cirujano suizo Fritz De Quervain. (1)

La tenosinovitis De Quervain compromete los tendones que van a lo largo del lado del pulgar en la muñeca. Los tendones anclan los músculos al hueso, y los tendones asociados con esta condición ayudan a separar el pulgar de la palma. Estos tendones cuando se aproximan a la base del pulgar van debajo de un “túnel” conocido como el primer compartimento dorsal. (2)

La Tenosinovitis De Quervain afecta a los tendones localizados en el primer compartimento dorsal que son el Abductor Largo del Pulgar (APL) y Extensor Corto del Pulgar (EPB), un tabique puede separar los tendones en el primer compartimento y puede encontrarse en un 40% de la población. Se asocia con el embarazo, periodo postparto, lactancia y con actividades que involucren movimientos repetitivos en desviación radio cubital de la muñeca. El diagnóstico se basa en el examen clínico y la historia. Los pacientes presentan típicamente dolor y edema sobre el lado dorso radial de la muñeca, estos síntomas pueden agravarse por la movilidad sostenida del pulgar, así como también, la extensión y desviación radial. Los exámenes demuestran sensibilidad en el área del primer compartimento dorsal. A menudo puede

presentarse un engrosamiento del retináculo del primer compartimento dorsal o un pequeño quiste también puede presentarse. (2)

La anatomía del primer compartimento dorsal varía grandemente. El EPB puede estar ausente en el 5 a 7% de la población cuando está presente puede tener su propio compartimento. El APL frecuentemente tiene múltiples bandas tendinosas y estas pueden insertarse en diferentes puntos. (3)

Las vainas del tendón de las personas afectadas pueden presentar hasta 5 veces más engrosamiento como resultado de la acumulación de mucopolisacáridos y vascularidad aumentada, consistente con degeneración mixoide más que con inflamación aguda. (4)

De acuerdo con la Asociación Americana de Terapistas de la Mano (ASHT) el inicio gradual es usualmente en el rango de edad de 30 a 50 años y ocurre en mujeres más que en hombres, se reporta una relación de 3-10 mujeres por 1 hombre. Los movimientos repetitivos causan fricción y provocan la respuesta inflamatoria engrosando las vainas fibrosas y se desarrolla la estenosis. Con menor frecuencia lo asocian a un trauma directo en la región del primer compartimento dorsal, la presencia de ganglio en dicho compartimento y otras anormalidades anatómicas. (5)

Un estudio realizado por Jennifer Moriatis Wolf 1, Rodney X Sturdivant, Brett D Owens, en 2009, (6) acerca de la incidencia de la Tenosinovitis De Quervain en población joven activa se observaron 11,332 casos de

Tenosinovitis De Quervain, en la población en riesgo de 12,117,749 persona/años las mujeres presentaron un riesgo significativamente más alto con un promedio de 2.8 casos por cada 1000 personas/años comparado a la de los hombres en 0.6 por 1000 persona/años. La edad mayor de 40 años fue también un factor significativo de riesgo y este rango de edad demostró una tasa de 2.0 por 1000 persona/años comparado a 0.6 por 1000 en personas menores de 20 años. También se encontró una diferencia racial, personas de raza negra con mayor afectación de 1.3 por 1000 personas/año comparado a personas de raza blanca en 0.8. La conclusión del estudio: en el análisis de una población mayor, se ha descrito la epidemiología de la tenosinovitis estenosante del primer compartimento dorsal, riesgo de factores para Tenosinovitis De Quervain en la población incluye género femenino, edad mayor de 40 y raza negra. (7)

Existen diferentes opciones de tratamiento y entre ellas se encuentra la Terapia Física y Rehabilitación. (8)

El tratamiento para la Tenosinovitis De Quervain puede ser quirúrgico o no quirúrgico, es decir, conservador. Durante el presente trabajo se incluirá un caso manejado con tratamiento conservador. El tratamiento médico conservador puede incluir medicamento antiinflamatorio o inyecciones de esteroides en el área de dolor, así como también, la referencia a una terapeuta de mano calificada para evaluación y tratamiento para restaurar

rangos de movilidad y regreso a su actividad total. La mayoría de los pacientes no requieren cirugía y puede ser exitosamente tratados con tratamiento conservador, lo cual incluirá, ayudar al paciente a determinar que actividades pueden agravar los síntomas y ayudar con la modificación de actividades. Puede recomendar también una férula de reposo para producir descanso a los tejidos involucrados. (3).

Recientemente, la maniobra WHAT, con la muñeca en hiperflexión y abducción del pulgar ha sido descrita como un diagnóstico adicional con una mejor sensibilidad (0.99 vs 0.89 de otras maniobras) y específicamente (0.28 vs. 0.14). Una maniobra positiva es la reproducción de los síntomas con resistencia al pulgar en abducción con la muñeca en máxima flexión. (9)

PRESENTACION CASO CLINICO / ANAMNESIS

| | | |
|---------------------------|---|------------------|
| Nombre | Gabriela Murga | |
| Edad | 35 años | |
| Estado civil | Casada | 1 hija de 9 años |
| Profesión | secretaria, ama de casa | |
| Afición, deporte, hobby | no realiza ninguno | |
| Dominancia | derecha | |
| Antecedentes médicos | diagnóstico de lupus hace aproximadamente 13 años de evolución, toma medicamentos para control del lupus | |
| Traumatismo | no refiere | |
| Historia de la lesión | paciente refiere inicio de dolor aproximadamente de 8 semanas de evolución | |
| Motivo de la consulta | Dolor en el primer compartimento dorsal, mano derecha | |
| Características del dolor | Refiere dolor al realizar algunos movimientos cuando realiza tareas del hogar, en el trabajo cuando utiliza demasiado tiempo la computadora y algunas veces cuando sostiene el celular por lo cual afecta algunas actividades de vida diaria, en la noche algunas veces despierta con dolor al estar recostada sobre la mano derecha. | |

INSPECCIÓN

No presenta deformidades, nódulos o cicatrices. Las uñas de apariencia normal, no presenta edema, no presenta atrofia muscular.

PALPACIÓN

Sin dolor en las articulaciones interfalángicas proximales y distales de los dedos, sin dolor en las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos. Dolor en el primer compartimento dorsal, en la articulación CMC del pulgar, MTCTF del pulgar

MOVILIDAD Y ESTABILIDAD ARTICULAR / MEDICIÓN GONIOMÉTRICA

| | |
|-----------|---|
| Hombro | Flexión 180 grados |
| | Extensión 60 grados |
| | Abducción 180 grados |
| | Abducción Horizontal 90 grados |
| | Aducción -15 grados |
| | Rotación Interna 70 grados |
| | Rotación externa 90 grados |
| Codo | Flexión 150 grados |
| | Extensión 0 grados |
| Antebrazo | Supinación 90 grados |
| | Pronación 80 grados |
| Muñeca | Flexión 80 grados dolor 8 |
| | Extensión 68 grados dolor en área articular 7.5 |

Desviación Cubital 20/30 grados dolor 8 área Primer compartimento dorsal

Desviación Radial 15/20 grados dolor 9 área articular y primer compartimento dorsal

Pulgar Flexión CMC 10 grados

Extensión MTC 15/20 grados por dolor 7

Flexión y Extensión MTCF 40/50 grados dolor 6

Flexión y Extensión IF 80 grados

Abducción 60 grados con dolor 7.5 primer compartimento dorsal

Aducción y Oposición con dolor 7, aducción con dolor en el área MTCF y recorrido de MTCF al primer compartimento dorsal

Dedos Flexión MTC 90 grados

Extensión MTC 45 grados

Flexión y Extensión IFP de 0 a 100 grados

Flexión y Extensión IFD de 0 a 90 grados

Abducción de los dedos de 0 a 20 grados

Aducción de los dedos de 20 a 0 grados

OBSERVACIÓN refiere cansancio en su mano después de la evaluación goniométrica

TENODESIS Presente

FUNCIONALIDAD DE MANOS: Test de Cochin: mucha dificultad/alguna dificultad, PRWE dolor 37/50 función específica 44/60 función cotidiana 33/50 y Quick DASH 67 (66.66)

SENSIBILIDAD Sin alteraciones de sensibilidad, discriminación de 2 puntos, refiere cambios de temperatura relacionados con el diagnóstico de lupus, sensaciones de frio o calor

WHAT TEST Positivo Link (<https://youtu.be/2sEKR180p8g>)

DINAMÓMETRO JAMAR PLUS+

Mano Derecha 17.4 15.4 29.4 con dolor

Mano Izquierda 28.8 30.4 33.5

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

- Principal Objetivo Terapéutico:

Restaurar la capacidad de carga del tendón para retomar actividades funcionales.

- Corto Plazo:

Manejo de Dolor e Inflamación

Manejo Ortésico

- Mediano Plazo:

Ejercicio Terapéutico, aumento de amplitud articular y aumento de fuerza muscular, deslizamiento de Tendones, plan educacional.

- Largo Plazo:

Plan Educativo

Monitorización y Manejo de la carga del tendón durante realización de actividades funcionales y ocupacionales, mejora de descanso nocturno.

PLAN DE TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA

- CORTO PLAZO:

MANEJO DE DOLOR E INFLAMACIÓN MODALIDADES TERAPÉUTICAS

Baño de parafina

El uso de baño de parafina combinado con el uso de férula y ejercicio terapéutico ha demostrado ser beneficioso, potenciando sus efectos. Esta triple combinación de terapia conservadora puede incluirse dentro de las opciones de tratamiento no invasivas. (10)

Masaje

El masaje gentil ha demostrado tener efecto en la fisiología del tendón en relación con el aumento de flujo sanguíneo, aumento de drenaje linfático, estimulación neural, aumento de retorno venoso, alivio del dolor y relajamiento. (10) (11)

Manejo Ortésico

Se recomienda el uso de la férula basada en el antebrazo para la Tenosinovitis De Quervain, inicialmente de 1-2 semanas durante todo el tiempo y luego gradualmente disminuir el uso según la mejoría del dolor y usarlo solo cuando se necesite. (3)

Para este caso en particular, será diseñada en material, Orficast™ Thermoplastic Tape, por las características que presenta al ser flexible, de

excelente elasticidad en 2 direcciones, excelente memoria, delgado, respirable, fácil de cortar y capacidad de auto adherencia. (16)

- **MEDIANO PLAZO:**

Ejercicio Terapéutico, aumento de amplitud articular, aumento de fuerza muscular, deslizamiento de tendones, plan educacional. (3)

Programa de ejercicios para mantener amplitud articular de muñeca y pulgar manteniendo rangos de movilidad sin dolor.

Programa de ejercicios para dedos y articulaciones no involucradas.

Plan educacional para evitar actividades que requieran: desviación cubital de la muñeca con flexión compuesta del pulgar; desviación radial de la muñeca con extensión compuesta del pulgar, agarre repetitivo, pinzamiento repetitivo.

Fortalecimiento progresivo

- Ejercicios Isométricos: muñeca y pulgar utilizan diferentes posiciones para con contracciones musculares gentiles
- Ejercicios Isotónicos: uso gentil de theraputty, digiflex, thumbcizer.

- **LARGO PLAZO:**

Plan Educacional

Reforzar precauciones y estrategias de prevención, educar al paciente en modificación de actividades, enfocarse en realizar las actividades con la muñeca en posición neutral, y evitar actividades que requieran actividades

que requieran movimientos fuertes y repetitivos de la mano y muñeca.

Modificar áreas de trabajo. (12)

Monitorización y Manejo de la carga del tendón durante la realización de actividades funcionales y ocupacionales.

Se retoma la realización de todas las actividades, se recomienda el uso de kinesiotape ya que ha demostrado acelerar el drenaje linfático debido al estiramiento y levantamiento de la piel durante los movimientos del tendón y mejora la función. (13)

Terapia Ocupacional

Definir factores biomecánicos en manipulación de cargas, postura de trabajo y movimientos repetitivos. Terapia ocupacional en el síndrome de sobreuso: La Terapia Ocupacional, tal como la define la OMS (2001), es "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social".(14) (15)

SEGUIMIENTO DE CASO

1ª. semana Baño de parafina por 20 minutos, masaje gentil por 10 minutos en área 1er. Compartimento Dorsal, Fèrula nocturna, plan educacional.

2ª. semana Baño de parafina por 20 minutos, masaje gentil por 10 minutos en área 1er. Compartimento Dorsal, Fèrula nocturna, plan educacional

3ª. semana Baño de parafina por 20 minutos, masaje gentil por 10 minutos en área 1er, Compartimento Dorsal, se suspende uso de fèrula nocturna, plan educacional, inicia movilizaciones libres de ambas manos respetando límite de dolor en mano derecha, deslizamiento de tendones mano derecha

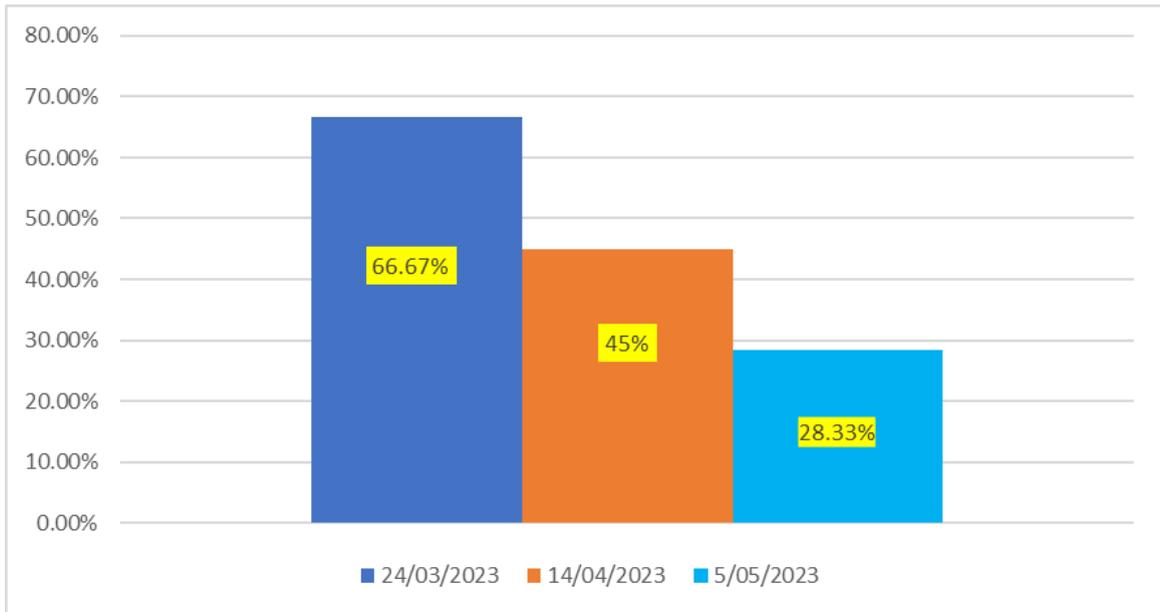
4ª. semana Suspende baño de parafina y masaje gentil, plan educacional, inicia Ejercicios Isométricos: muñeca y pulgar utilizan diferentes posiciones con contracciones musculares gentiles.

5ª. semana Continúa movilizaciones libres, ejercicios isométricos, inicia actividades terapia ocupacional para mejorar pinzas y presas.

6ª. semana Continúa con las movilizaciones libres, ejercicios isométricos y terapia ocupacional, inicia uso de kinesiotape.

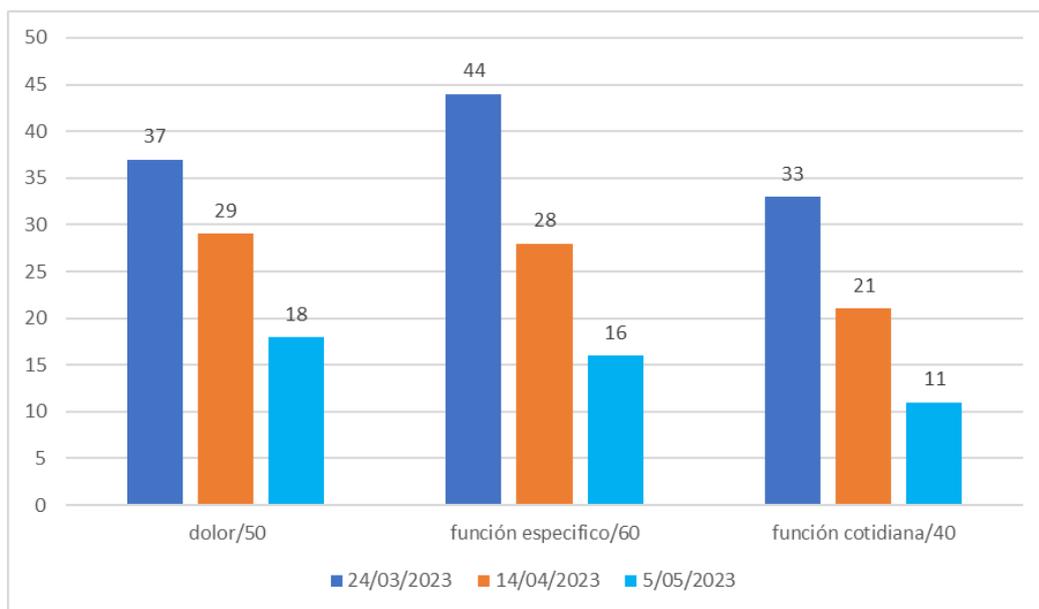
GRÁFICA DE RESULTADOS

QUICK DASH

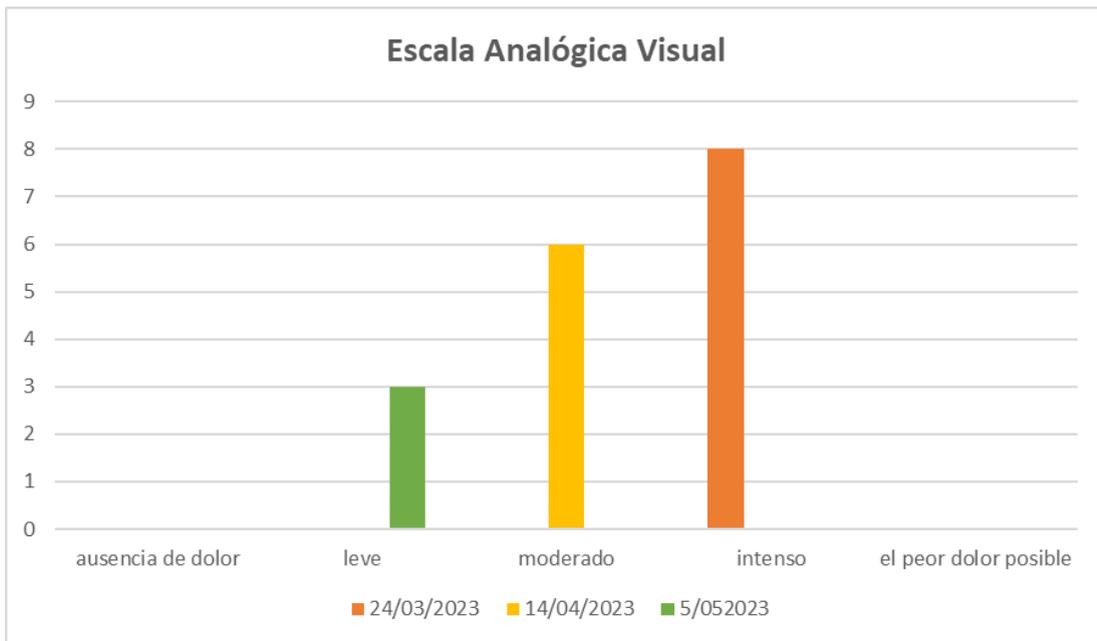


GRÁFICA DE RESULTADOS

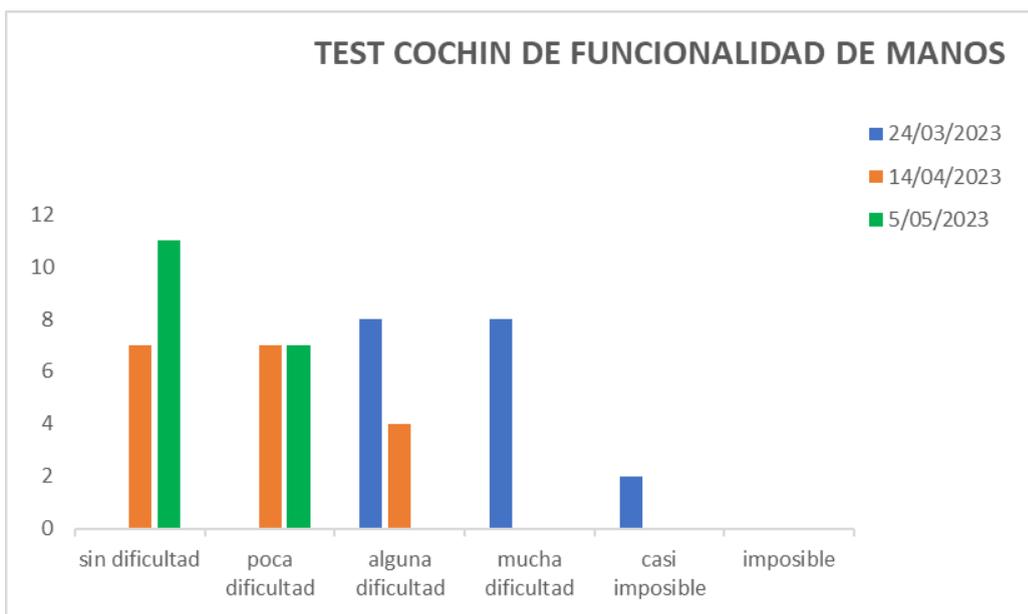
PRWE versión Argentina



GRÁFICA DE RESULTADOS



GRÁFICA DE RESULTADOS



DINAMOMETRO JAMAR PLUS+ 24 marzo 2023

| | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|
| <u>Mano Derecha</u> | <u>17.4</u> | <u>15.4</u> | <u>29.4 con dolor</u> |
| <u>Mano Izquierda</u> | <u>28.8</u> | <u>30.4</u> | <u>33.5</u> |

DINAMOMETRO JAMAR PLUS + 14 abril 2023

| | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| <u>Mano Derecha</u> | <u>18</u> | <u>19.5</u> | <u>30.5 dolor 6</u> |
| <u>Mano Izquierda</u> | <u>28.8</u> | <u>30.4</u> | <u>33.5 dolor 2</u> |

DINAMOMETRO JAMAR PLUS+ 5 de mayo

| | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| <u>Mano Derecha</u> | <u>27</u> | <u>32,2</u> | <u>36 dolor 2</u> |
| <u>Mano Izquierda</u> | <u>28.8</u> | <u>30.4</u> | <u>33.5</u> |

MOVILIDAD Y ESTABILIDAD ARTICULAR / MEDICION GONIOMETRICA

Segunda evaluación goniométrica 14 de abril

Hombro

Flexión 180 grados

Extensión 60 grados

Abducción 180 grados

Abducción Horizontal 90 grados

Aducción -15 grados

Rotación Interna 70 grados

Rotación externa 90 grados

Codo

Flexión 150 grados

Extensión 0 grados

Antebrazo

Supinación 90 grados

Pronación 80 grados

Muñeca

Flexión 80 grados dolor 5

Extensión 70 grados dolor en área articular 5

Desviación Cubital 25/30 grados dolor 5 área Primer compartimento dorsal

Desviación Radial 15/20 grados dolor 5 área articular y primer compartimento dorsal

Pulgar

Flexión CMC 10 grados

Extensión MTC 15/20 grados dolor Flexión

Extensión MTCF 40/50 grados por dolor 3

Flexión y Extensión IF 80 grados Extensión MTC 15/20 grados por dolor 6

Flexión y Extensión MTCF 40/50 grados

Abducción 60 grados con dolor 5 primer compartimento dorsal

Aducción y Oposición con dolor 7, aducción con dolor en el área MTCF y recorrido de MTCF al primer compartimento dorsal

Dedos

Flexión MTC 90 grados

Extensión MTC 45 grados

Flexión y Extensión IFP de 0 a 100 grados

**Flexión y Extensión IFD de 0 a 90
grados**

Aducción de los dedos de 20 a 0 grados

**OBSERVACIÓN refiere disminución de cansancio en su mano después
de la evaluación goniométrica**

Tercera evaluación goniométrica 5 de mayo 2023

Hombro

Flexión 180 grados

Extensión 60 grados

Abducción 180 grados

Abducción Horizontal 90 grados

Aducción -15 grados

Rotación Interna 70 grados

Rotación externa 90 grados

Codo

Flexión 150 grados

Extensión 0 grados

Antebrazo

Supinación 90 grados

Pronación 80 grados

Muñeca

Flexión 80 grados dolor 2

Extensión 70 grados dolor en área articular 2

Desviación Cubital 28/30 grados dolor 2 área Primer compartimento dorsal

Desviación Radial 19/20 grados dolor 2 área articular y primer compartimento dorsal

Pulgar

Flexión CMC 10 grados

Extensión MTC 20/20 grados por dolor2

Flexión y Extensión MTFC 50/50 grados por dolor 2

Flexión y Extensión IF 80 grados Extensión MTC 15/20 grados por dolor 2

Flexión y Extensión MTFC 40/50 grados por dolor 2

Abducción 60 grados con dolor 2 primer compartimento dorsal

Aducción y Oposición con dolor 2, aducción con dolor en el área MTFC y recorrido de MTFC al primer compartimento dorsal

Dedos

Flexión MTC 90 grados

Extensión MTC 45 grados

Flexión y Extensión IFP de 0 a 100 grados

Flexión y Extensión IFD de 0 a 90 grados

Abducción de los dedos de 0 a 20 grados

Aducción de los dedos de 20 a 0 grados

**OBSERVACION no refiere cansancio en su mano después de la
evaluación goniométrica**

CONCLUSIONES

1. Paciente mejora capacidad de carga del tendón para realizar actividades funcionales, a la evaluación final paciente presenta leve dolor en comparación con el dolor intenso al inicio del plan de tratamiento.
2. Paciente mejora fuerza muscular y completa amplitudes articulares.
3. Paciente valora sobre todo la mejora en su calidad de sueño y descanso.
4. El plan educacional le ha permitido modificar tanto la realización de actividades básicas de vida diaria como la realización de actividades laborales.
5. Con el inicio de uso de kinesiotape paciente ha mejorado el apoyo mecánico de la musculatura durante la realización de actividades laborales.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS (Vancouver)

1.

Ahuja NK, Chung KC. Fritz de Quervain, MD (1868–1940): Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. The Journal of Hand Surgery. 2004 Nov;29(6):1164–70.

2.

Adams JE, Habbu R. Tendinopathies of the Hand and Wrist. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Dec 4];23(12):741–50. Available from: <https://journals.lww.com/jaaos/pages/articleviewer.aspx?year=2015&issue=12000&article=00006&type=Fulltext>

3.

Cooper C. Fundamentals of hand therapy : clinical reasoning and treatment guidelines for common diagnoses of the upper extremity. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2014.

4.

Patrick NC, Hammert WC. Hand and Wrist Tendinopathies. Clinics in Sports Medicine. 2020 Apr;39(2):247–58.

5.

American Society of Hand Therapists (ASHT) [Internet]. asht.org. [cited 2023 May 8]. Available from: <http://asht.org>

6.

Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. The Journal of Hand Surgery [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2020 Oct 2];34(1):112–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363502308007363>

7.

Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. The Journal of Hand Surgery [Internet]. 2009 Jan 1;34(1):112–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363502308007363>

8.

Adams JE, Habbu R. Tendinopathies of the Hand and Wrist. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons [Internet]. 2015 Dec;23(12):741–50. Available from: <https://journals.lww.com/jaaos/pages/articleviewer.aspx?year=2015&issue=12000&article=00006&type=Fulltext>

9.

Goubau JF, Goubau L, Van Tongel A, Van Hoonacker P, Kerckhove D, Berghs B. The wrist hyperflexion and abduction of the thumb (WHAT) test: a more specific and sensitive test to diagnose de Quervain tenosynovitis than the Eichhoff's Test. Journal of Hand Surgery (European Volume). 2013 Jan 22;39(3):286–92.

10.

Karlıbel İA, Aksoy MK, Alkan A. Paraffin bath therapy in De Quervain's tenosynovitis: a single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Biometeorology*. 2021 Mar 6;65(8):1391–8.

11.

Ravi S. Physiotherapy and Yoga for Joint Pain Treatment: A Review. *Journal of Yoga & Physical Therapy*. 2016;06(02).

12.

Saunders RJ, Astifidis RP, Burke SL, Higgins JP, Mcclinton MA. *Hand and upper extremity rehabilitation : a practical guide*. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2016.

13.

Kaçmaz İE, Koca A, Basa CD, Zhamilov V, Reisoğlu A. Efficacy of Kinesiologic Taping in de Quervain's Tenosynovitis: Case Series and Review of Literature. *Bakirkoy Tip Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*. 2019 Sep 1;15(3):227–31.

14.

Organización mundial de la salud. Acceso [Internet]. Who.int. 2018. Available from: <https://www.who.int/es>

15.

hernandez karina. Vol. 10 Núm. 2 (2021) | *Cuidado y Ocupación Humana* [Internet]. ojs.unipamplona.edu.co. 2022 [cited 2023 May 8]. Available from: <https://ojs.unipamplona.edu.co/ojsviceinves/index.php/coh/issue/view/124>

16.

Orficast Thermoplastic Material on a Roll [Internet]. Orfit Industries. Available from: <https://www.orfit.com/physical-rehabilitation/products/orficast/>