TÍTULO

TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN

CASO CLÍNICO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO BASADO EN EVIDENCIA

AUTOR

Sergi Vílchez Güell

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2025

Tutora	Dra. Raquel Cantero Téllez
Institución	Universidad Internacional de Andalucía
Curso	*Diploma de Especialización en Terapia de la Mano Basada en la Evidencia y el Razonamiento Clínico (2024-25)*
©	Sergi Vílchez Güell
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2025

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

Tenosinovitis de De Quervain: Caso Clínico y Abordaje Terapéutico Basado en Evidencia

Curso 2024-25

Especialización en Terapia de Mano basado en la Evidencia

Alumno:
SERGI VILCHEZ GÜELL
Tutor:
RAQUEL CANTERO

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

INDICE

RESUMEN……pag.4
INTRODUCCIÓN……pag.5
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO……pag.7
VARIABLES “OUTCOMES”……pag.12
PROPUESTA TRATAMIENTO……pag.16
SEGUIMIENTO DEL CASO……....pag.17
RESULTADOS……pag.21
DISCUSION……..pag.24
CONCLUSIONES……..……pag.26
BIBLIOGRAFÍA……...……pag.27

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

RESUMEN

Este caso clínico aborda una paciente de 42 años diagnosticada con Tenosinovitis de De Quervain. Se presenta un tratamiento conservador estructurado en fases, basado en la evidencia científica actual. El plan terapéutico incluye: ortesis termoplástica, terapia manual semanal, electrólisis percutánea (EPTE) en función del EVA, y progresión individualizada de ejercicios. La evolución fue positiva a lo largo de ocho semanas, observándose una reducción significativa del dolor y una mejora en la fuerza, movilidad y función evaluada mediante el cuestionario PRWE, dinamometría y goniometría.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

INTRODUCCIÓN

La Tenosinovitis de De Quervain es una afección inflamatoria que afecta a los tendones del abductor largo del pulgar (APL) y del extensor corto del pulgar (ECP), localizados en el primer compartimento dorsal de la muñeca. Esta condición se asocia frecuentemente con movimientos repetitivos del pulgar y la muñeca, como los realizados al utilizar dispositivos electrónicos, teclados y ratones, así como en actividades manuales repetitivas. Además, se ha observado una mayor incidencia en mujeres de entre 30 y 50 años y durante el período posparto, debido al uso constante de las manos para sostener al bebé (Wu et al., 2018).

Desde el punto de vista patológico, la inflamación y el engrosamiento de la vaina sinovial que rodea estos tendones generan un proceso de atrapamiento que limita su movilidad, causando dolor y disfunción. Clínicamente, se manifiesta con dolor localizado sobre el estiloides radial, especialmente al realizar movimientos de agarre o desviación cubital de la muñeca. Una prueba diagnóstica clave es la maniobra de Finkelstein, que consiste en la flexión del pulgar dentro del puño seguida de la desviación cubital de la muñeca, provocando dolor significativo en la zona afectada (Wu et al., 2018).

La ecografía es una herramienta importante en el diagnóstico de la Tenosinovitis de De Quervain, ya que permite evidenciar el engrosamiento del retináculo extensor y la inflamación de la vaina sinovial, facilitando la diferenciación de esta patología de otras afecciones similares (Ilyas & Ast, 2008). Un diagnóstico diferencial esencial es el síndrome de intersección, que ocurre más proximalmente en el antebrazo, donde los tendones del primer compartimento cruzan sobre los del segundo. A diferencia de la tenosinovitis de De Quervain, el dolor en el síndrome de intersección se localiza unos centímetros por encima del estiloides radial y suele acompañarse de crepitación durante el movimiento (Koh et al., 2016).

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

En cuanto al tratamiento, las opciones se dividen en conservadoras y quirúrgicas. Inicialmente, se recomienda el manejo conservador, que incluye reposo, inmovilización con férula en abducción y extensión, aplicación de hielo o calor, uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y terapia manual. Si estas medidas no son efectivas, se pueden considerar inyecciones de corticosteroides, que han demostrado ser más eficaces que la inmovilización sola en el alivio del dolor y la mejora funcional (Challoumas et al., 2023). En casos donde el tratamiento conservador no proporciona alivio, la cirugía para liberar el primer compartimento extensor puede ser considerada, presentando buenos resultados funcionales a largo plazo (Challoumas et al., 2023).

A pesar de la eficacia demostrada de tratamientos como las infiltraciones de corticosteroides o la fisioterapia, la evidencia sobre la efectividad comparativa de distintas intervenciones no quirúrgicas aún presenta limitaciones metodológicas. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la eficacia de un protocolo de fisioterapia basado en terapia manual y ejercicios activos en pacientes con Tenosinovitis de De Quervain, con el fin de valorar su impacto en el dolor, la función y la calidad de vida del paciente.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

- **Datos generales de la paciente**

Paciente de 42 años de edad, zurda. Trabaja en una fábrica de embutidos desde hace seis meses, realiza movimientos repetitivos constantes con un cuchillo. Acude a consulta por un dolor progresivo en el dorso radial de la muñeca izquierda con irradiación al pulgar. Tres meses de evolución.

- **Sintomatología**

Dolor en la base del pulgar con una sensación de calor considerable. Tiene dificultad para mover el pulgar y la muñeca, especialmente al pellizcar o agarrar algo. El dolor se irradia hasta el pulgar y también hacia el antebrazo.

- **Historia clínica**

No refiere antecedentes de trauma, artritis o enfermedades reumatológicas. El dolor se intensifica cuando utiliza el cuchillo, en el trabajo y en casa con tareas domésticas. También se intensifica cuando realiza tareas repetitivas como escribir en el teclado del ordenador o utilizar el teléfono móvil.

- **Exploración física**

En la inspección visual no presenta signos evidentes de inflamación, cambio de color de la piel, ni deformidad.

A la palpación tiene dolor sobre el estiloides radial y a lo largo de la trayectoria de los tendones ECP y APL.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

- **Exámenes y pruebas diagnósticas**

Realizamos diferentes pruebas y exámenes que nos ayudaran a determinar y concretar que el dolor y sintomatología que tiene la paciente proviene concretamente de la tenosinovitis De Quervain. Estas pruebas van a concretar y afirmar el posible diagnóstico.

- Prueba de Finkelstein:

Esta prueba es un procedimiento clínico utilizado para diagnosticar la tenosinovitis de De Quervain. Se realiza pidiendo al paciente que cierre el puño con el pulgar dentro de los dedos y posteriormente desviando la muñeca hacia el lado cubital. (Wu, F., Rajpura, A., & Sandher, D. 2018).

La prueba fue positiva, comparamos las dos extremidades para comprobar un falso positivo, vimos que en la extremidad derecha también tiene dolor. Comparativamente el dolor fue mucho más elevado en la mano izquierda. En la escala visual analógica del dolor (EVA), la paciente nos puntuó el dolor con un 9/10, en cambio en la extremidad derecha la puntuación fue de 4/10. Esto nos indicaba y afirmaba que no era un falso positivo.

- Test de fuerza con dinamómetro:
    - Test de fuerza del Extensor Corto del Pulgar (ECP)

Para realizar el test de fuerza del ECP lo vamos a realizar con un dinamómetro llamado Tindeq. Este nos permite realizar fuerzas de tracción.

Para la valoración colocamos la mano del paciente en posición neutra con el antebrazo apoyado y un punto de fulcro en la zona palmar. Pediremos a la paciente que realice una extensión de la articulación metacarpofalángica del pulgar contra la resistencia del dinamómetro.

Este test se aplica tanto a la mano afectada y a la mano contralateral y así poder comparar los resultados.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

Resultados: en la mano izquierda el resultado obtenido fue de 1,6kg (imagen 1), en cambio la mano derecha fue de 3kg (imagen 2).

Imagen 1 (fuente propia)

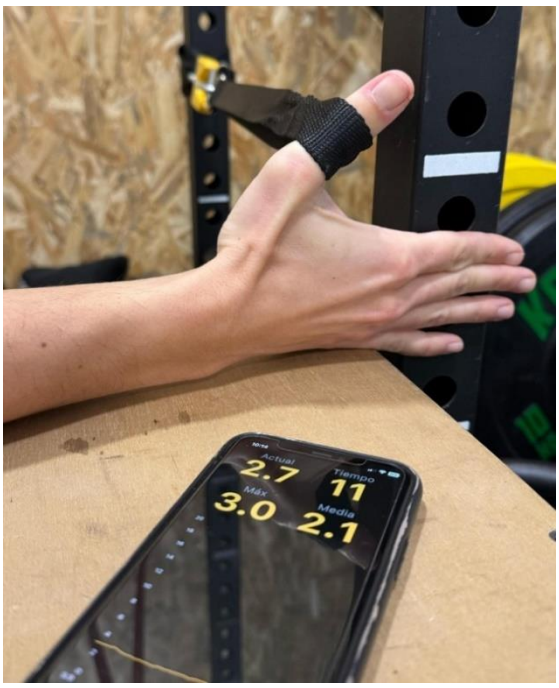

Imagen 2 (fuente propia)

- Test de fuerza del Abductor Largo del Pulgar (APL)

En este caso también realizamos el test con el dinamómetro Tindeq.

Colocamos la mano de la paciente en posición neutra y pedimos a la paciente que realice una abducción del pulgar en dirección radial contra la resistencia del dinamómetro.

Resultados: la fuerza que pudo aplicar la paciente fue de 1,7kg (imagen 3) . En cambio en la mano derecha la fuerza aplicada fue de 2,8 kg (imagen 4).

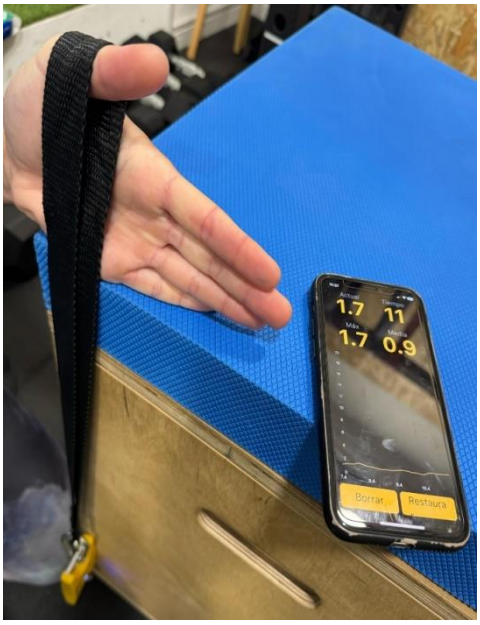

Imagen 3 (fuente propia)

Imagen 4 (fuente propia)

- Test de fuerza en agarre

Realizamos el test de fuerza con un dinamómetro de cierre de mano. Le pedimos a la paciente que coja el dinamómetro con la punta del pulgar y la punta de los dedos, así haciendo un agarre en pinza. Le pedimos al paciente que realiza fuerza para cerrar la mano. Resultados. En la mano derecha obtuvo un resultado de 6,1 kg (imagen 6) de fuerza. En cambio en la mano izquierda realizó una fuerza de 2,6 kg (imagen 5).

Imagen 5 (fuente propia)

Imagen 6 (fuente propia)

- Test de movimiento (ROM)

Este test consiste en medir los grados de la movilidad a través de un goniómetro. Se realiza la comparativa de las dos extremidades en los movimientos de desviación cubital, desviación radial, flexión de muñeca y extensión. También de abducción y extensión del pulgar. Resultados. En la mano izquierda se ha realizado la goniometría obteniendo 60º en la flexión de muñeca, 50º en la extensión de muñeca, 11º grados en la desviación cubital i 15º en la desviación radial. En el pulgar valoramos la abducción (35º) i la extensión (10º). En la mano sana, la flexión de muñeca tenia 85º, la extensión 88º, la desviación radial 23º i la cubital 33º. El pulgar en extensión 35º y en abducción 40º.

- Prueba complementaria (ECOGRAFÍA)

Se realiza una ecografía muscoesquelética para evidenciar los test que se realizaron previamente y confirmar la patología.

En esta podemos observar un engrosamiento e hipervascularización de la vaina sinovial de los tendones ECP y APL.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

VARIABLES “OUTCOMES”

Utilizamos varias herramientas para valorar la patología (Tenosinovitis de De Quervain). Estas herramientas de valoración las aplicaremos en la primera sesión, a las 3 semanas y en la última sesión. Esto nos proporcionará un seguimiento adecuado de la patología.

Para todo ello vamos a utilizar la escalera Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE), esta está compuesta por dos dominios, dolor y función. Consta de 5 ítems par dolor y 10 ítems para función. Las respuestas de cada ítem se valoran en una escala de 0-10. El puntaje total del domino de función es la suma de los 10 ítems, dividido por 2. Por lo tanto, el total de función va de 0 (muñeca normal) a 50 (el peor puntaje posible). El puntaje final de la sumatoria de ambos dominios, brinda un rango de 0 (mejor estado funcional y de dolor) a 100 como puntaje máximo (el peor resultado posible). Esta herramienta está muy recomendada debido a su enfoque específico en la muñeca y la mano (MacDermid et al., 2007). Estudios han demostrado que esta escalera tiene una alta sensibilidad al cambio en pacientes con afecciones de la muñeca y la mano (Mehta et al. 2015).

También utilizaremos las mediciones de fuerza de agarre y del pulgar (test de fuerza con dinamómetro). Con el dinamómetro medidor de fuerza manual y el dispositivo Tindeq. La evaluación de la fuerza del pulgar (abducción y extensión) nos proporcionará información objetiva sobre la discapacidad funcional y su recuperación tras la intervención terapéutica (Fournier et al., 2006).

Por último mediremos la movilidad (ROM) de muñeca, la abducción y extensión del pulgar. La evaluación de la movilidad de la muñeca y el pulgar es esencial en la tenosinovitis de De Quervain, ya que esta condición afecta los tendones responsables de los movimientos del pulgar, lo que puede provocar dolor y limitaciones funcionales. La medición de la amplitud de movimiento activa del pulgar y la muñeca permite identificar restricciones específicas y establecer una línea base para monitorear la progresión de la

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

enfermedad y la efectividad de las intervenciones terapéuticas (Desrosiers et al., 1995). Para realizar las mediciones correspondientes lo haremos con un goniómetro. Para evaluar la flexión y extensión de la muñeca, el paciente debe estar sentado con el antebrazo apoyado sobre una superficie y la mano sobresaliendo del borde. El eje del goniómetro se coloca sobre el proceso estiloides del cúbito, con el brazo fijo paralelo al cúbito y el móvil alineado con el quinto metacarpiano (Norkin & White, 2016). En la desviación radial y cubital, el eje se sitúa sobre el capitelum, manteniendo el brazo fijo paralelo al antebrazo y el móvil con el tercer metacarpiano. En cuanto al pulgar, la abducción (en el plano perpendicular a la palma) se mide con la mano en pronación, colocando el eje del goniómetro entre los metacarpianos I y II. El brazo fijo se alinea con el segundo metacarpiano, y el móvil con el primero, midiendo el grado de separación entre ambos (Kapandji, 1986). Para la extensión se mide el desplazamiento lateral del pulgar en el plano de la palma.

- PRWE

		DIA 1	**3 SEMANAS**	**ÚLTIMA SESIÓN**
DOLOR	En reposo	5	3	1
	Al realizar una tarea con movimientos repetidos de la muñeca	7	5	3
	Al levantar un objeto pesado	6	5	3
	Cuando peor se encuentra	10	9	4
	Con qué frecuencia tiene dolor	8	6	2

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

	TOTAL	36	28	13
FUNCIÓN	Girar el pomo de una puerta con la mano afectada	5	3	0
	Cortar carne usando un cuchillo con la mano afectada	10	9	4
	Abrocharse los botones de una camisa	8	5	3
	Utilizar la mano afecta para levantarse de una silla	7	5	0
	Portar un objeto de 5 Kg con la mano afectada	8	6	3
	Utilizar el papel de baño con la mano afectada	6	4	1
ACTIVIDADES HABITUALE	Actividades de cuidado personal (lavarse, vestirse)	7	5	2
	Tareas domésticas (limpieza, mantenimiento)	9	7	3
	Trabajo (su trabajo o su trabajo diario habitual)	10	9	4
	Actividades recreativas	7	5	3
TOTAL		77	58	23
TOTAL TEST		77/2+36=74,5	58/2+28=57	23/2+13=24,5

Tabla 1

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

- Dinamometría (valoración de fuerza)

DINAMOMETRÍA	DIA 1	3 SEMANAS	ÚLTIMA SESIÓN
ECP	1,6 Kg	2,3Kg	3,8kg
ALP	1,7 Kg	3,6Kg	4,3Kg
FUERZA EN PINZA	2,6Kg	3,0 Kg	5,9Kg

Tabla 2

- Goniometría (ROM)

ZONA	MOVIMIENTO	DIA 1	3 SEMANAS	ÚLTIMA SESIÓN
PULGAR	ABDUCION	35º	36º	42º
	EXTENSION	10º	12º	18º
MUÑECA	DESVIACIÓN RADIAL	15º	17º	17º
	DESVIACIÓN CUBITAL	11º	15º	20º
	FLEXIÓN	60º	70º	75º
	EXTENSIÓN	50º	55º	65º

Tabla 3

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

PROPUESTA DE TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA

La propuesta de tratamiento para la tenosinovitis de De Quervain se estructura en cuatro fases.

Primero, se recomienda la inmovilización mediante una ortesis termoplástica que posicione el pulgar en abducción radial y ligera extensión, con la finalidad de reducir la fricción en el primer compartimento extensor. Esta deberá utilizarse permanentemente durante las primera 2-3 semanas. A partir de allí, se reducirá su uso progresivamente hasta un máximo de 6 semanas, siempre en función del dolor y la función (Wang et al., 2013; Cavaleri et al., 2021).

Segundo, se aplicarán técnicas fisioterapéuticas con respaldo en la evidencia, como la terapia manual y la electrólisis percutánea, orientadas a reducir el dolor y la inflamación local (Rompe et al., 2021; Vicente et al., 2019).

En tercer lugar, se introducirán ejercicios de fortalecimiento progresivo del complejo mano-muñeca para restaurar la función y prevenir recidivas (Coombes et al., 2015).

Finalmente, como recomendación terapéutica, se puede plantear la modificación de las actividades laborales o su suspensión temporal hasta la resolución del cuadro doloroso, favoreciendo así el reposo relativo en lugar del reposo absoluto (Seitz et al., 2017).

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

SEGUIMIENTO DEL CASO

Teniendo en cuenta que trabajamos en un centro de fisioterapia privado y que la paciente a nivel económico no se puede permitir realizar más de una sesión semanal, el seguimiento que hicimos fue el siguiente:

- Semana 1

En primer lugar, y de forma semanal, se realizará el Test de Escala Visual Analógica (EVA) para valorar el nivel de dolor con el que se inicia cada sesión. 9/10.

Tras completar toda la valoración inicial, se volvió a citar a la paciente para confeccionar la ortesis (ver Imágenes 7, 8 y 9) lo antes posible. Se le explicó que deberá usarla de forma continua durante las primeras 2–3 semanas, excepto para la higiene personal y la realización de ejercicios pautados. A partir de entonces, el uso de la ortesis se reducirá de manera progresiva, hasta un máximo de 6 semanas, en función del dolor y la evolución funcional (Wang et al., 2013; Cavaleri et al., 2021).
Durante esta sesión también se realizó terapia manual mediante movilización suave de los tejidos blandos, con el objetivo de disminuir el dolor y la inflamación local (Vicente et al., 2019).
Se iniciaron ejercicios de movilidad pasiva y activa leve, sin provocar dolor, incluyendo:

- Flexión y extensión de muñeca.
- Movilización del pulgar en flexión y extensión.
- Abducción y aducción suaves.

Estos ejercicios fueron enseñados a la paciente para su realización domiciliaria.

Además, se ofreció educación terapéutica, recomendando la suspensión temporal de la actividad laboral. Se informó que, en caso de no observarse

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

mejoría con el tratamiento conservador, se valorará la aplicación de una técnica invasiva como la electrólisis percutánea terapéutica (EPTE) (Rompe et al., 2021).

Imagen 7 (fuente propia)

Imagen 8 (fuente propia)

Imagen 9 (fuente propia)

- Semana 2:

En la segunda sesión, revisamos la ortesis, que estaba funcionando adecuadamente, por lo que no fue necesario ajustarla.

Al preguntar por la EVA semanal, la media fue de 8/10.

Iniciamos la sesión con terapia manual, empleando técnicas miofasciales de descarga e inhibición de puntos gatillo en APL y ECP (Vicente et al., 2019). Dado el resultado de la EVA (> 5), decidimos aplicar la técnica de electrólisis percutánea (EPTE), con dos puntos de punción en zonas inflamadas de APL y ECP (Rompe et al., 2021). Se continuó con los ejercicios de movilidad activa e iniciamos isométricos suaves (20–30% de intensidad), lo cual es coherente con la evidencia en tendinopatías (Coombes et al., 2015).

- Semana 3:

Como es habitual, se comenzó evaluando la EVA, que fue de 5/10. La paciente refirió una clara mejoría desde la última sesión. Se le permitió iniciar momentos sin ortesis, como en actividades sin carga o de muy bajo esfuerzo (Cavaleri et al., 2021).

Se mantuvo la terapia manual (Vicente et al., 2019) y, al no superar la EVA el valor de 6, no se realizó EPTE.

Se aumentó la intensidad de los ejercicios isométricos (40–50%) y se introdujeron movimientos funcionales leves como coger un lápiz en pinza. Se comenzaron ejercicios con banda elástica de resistencia baja en extensión y desviación radial de muñeca (Coombes et al., 2015).

- Semana 4:

La paciente volvió al trabajo sin autorización, lo que desencadenó una recaída (EVA: 9/10). Se reinstauró el uso continuo de la ortesis, lo que es coherente con el manejo de sobrecargas repetitivas (Seitz et al., 2017).

Realizamos los test de las variables “outcomes” al cumplirse tres semanas. A pesar del dolor, la fuerza y la movilidad habían mejorado. Se restringieron los ejercicios a isométricos y movilidad suave.

No se aplicó EPTE por tratarse de un dolor agudo y no estar indicado en esa fase (Rompe et al., 2021). Se aplicó terapia manual como tratamiento principal (Vicente et al., 2019).

- Semana 5:

La EVA fue de 7/10. La paciente relató que los primeros días tras la recaída tuvo mucho dolor, pero mejoró hacia el tercer día y retomó los ejercicios previos. Por tanto, se realizó EPTE (Rompe et al., 2021). Aplicamos terapia manual post-punción para reducir el dolor (Vicente et al., 2019).

Se progresaron los ejercicios a isotónicos del pulgar con banda leve y de muñeca con banda media. Iniciamos ejercicios de pinza más ancha con cargas muy ligeras, como coger un vaso plástico (Coombes et al., 2015).

- Semana 6

EVA: 6/10. La evolución fue positiva, aunque persistía algo de dolor. No se realizó EPTE.

Se mantuvo la terapia manual. Se aumentó la carga de ejercicios: trabajo excéntrico suave y tareas funcionales simuladas como agarres y pinzas dinámicas (Coombes et al., 2015).

- Semana 7

EVA: 4/10. El dolor ha reducido mucho. Nos comenta que ya no es dolor, es molestia. A nivel de ortesis, le proponemos utilizarla en momentos de actividad muy alta.

Seguimos con la terapia manual.

En cuanto a los ejercicios, empezamos con ejercicios con la combinación de concéntrico-excéntrico.

- Semana 8:

Última semana del plan inicial. EVA: 4/10, aunque con menor frecuencia de dolor.

Se repitieron los test de las variables “outcomes” con buenos resultados en fuerza y movilidad. El cuestionario PRWE también mejoró en su puntuación. Se mantuvo la terapia manual y se intensificaron ejercicios con banda de alta resistencia. Se trabajaron tareas funcionales reales: abrir frascos, uso de cuchillo, cargar bolsas (Coombes et al., 2015). Se propuso continuar un mes más para alcanzar el alta funcional definitiva.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

RESULTADOS

Al finalizar las ocho semanas de tratamiento, se observaron **mejoras clínicas significativas** en todas las variables "outcomes" evaluadas. Se utilizó un enfoque multimodal basado en ortesis funcional, terapia manual, ejercicios progresivos y electrólisis percutánea según dolor, con una frecuencia de una sesión semanal.

- **Cuestionario PRWE (Patient-Rated Wrist Evaluation)**

La puntuación total del PRWE disminuyó de **74,5 puntos** en la primera sesión a **24,5 puntos** en la última. Esto representa una **mejora global del 67,1%** en la percepción del dolor y la función por parte de la paciente.

Evaluación	Día 1	3 semanas	Última sesión
Dolor	36	28	13
Función	38,5	29	11,5
Total PRWE	**74,5**	**57**	**24,5**

Tabla 4

Estos datos reflejan una disminución constante del dolor y una mejora funcional relevante para las actividades de la vida diaria, incluyendo tareas laborales, domésticas y de cuidado personal.

- **Fuerza Muscular (Dinamometría)**

Se valoró la fuerza de los tendones implicados (ECP y ALP) y la fuerza de agarre. En todos los casos, los valores aumentaron de forma progresiva, mostrando una recuperación funcional clara:

	Día 1	3 semanas	Última sesión
ECP	1,6 kg	2,3 kg	**3,8 kg**
ALP	1,7 kg	3,6 kg	**4,3 kg**
Agarre	2,6 kg	3,0 kg	**5,9 kg**

Tabla 5

Se destaca que la fuerza de pinza más que se duplicó, pasando de 2,6 kg a 5,9 kg, lo que refleja la recuperación funcional de las tareas que implican agarres y pinzas.

- **Rango de Movimiento (Goniometría)**

A lo largo del tratamiento se valoró la movilidad del pulgar y muñeca con un goniómetro. Se observó una mejora progresiva reflejada en las mediciones en el Día 1, a las 3 semanas y en la última sesión.

ZONA	MOVIMIENTO	DÍA 1	3 semanas	Última sesión
PULGAR	Abducción	35º	36º	42º
	Extensión	10º	12º	18º
MUÑECA	Desviación radial	15º	17º	17º
	Desviación cubital	11º	15º	20º
	Flexión	60º	70º	75º
	Extensión	50º	55º	65º

Tabla 6

Se destaca la mejoría en la extensión del pulgar y la desviación cubital de la muñeca. Aumentando de 10º a 18º en la extensión del pulgar y de 11º a 20º en la desviación cubital.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

- **Dolor (Escala Visual Analógica - EVA)**

La intensidad del dolor evolucionó favorablemente:

Evolución	Semana 1	3 Semanas	Última sesión
EVA	**9/10**	**9/10**	**4/10**

Tabla 7

Aunque hubo una recaída a mitad del tratamiento por reincorporación laboral anticipada, la intervención se adaptó correctamente y permitió retomar el progreso funcional.

Creemos que mencionar a la Escala Visual Analógica – EVA es importante. Las variables “outcomes” solo figuraban en 3 partes del proceso, en cambio este simple test de valoración del dolor nos puede dar mucha información semanalmente de las sensaciones y dolor del paciente.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este caso clínico refuerzan la eficacia del tratamiento conservador multimodal basado en la evidencia para la tenosinovitis de De Quervain. La disminución del PRWE en un 67,1%, la duplicación de la fuerza de agarre y el aumento del rango articular evidencian una recuperación funcional relevante, incluso en un contexto clínico limitado a una sesión semanal.

Diversos estudios apoyan el uso combinado de ortesis, ejercicios progresivos y técnicas de fisioterapia como la electrólisis percutánea (EPTE) para tratar afecciones tendinosas crónicas. Por ejemplo, Rompe et al. (2021) y Vicente et al. (2019) demostraron que la aplicación de EPTE, junto con terapia manual, reduce el dolor y mejora la movilidad en tendinopatías. La progresión individualizada de ejercicios sigue las recomendaciones de Coombes et al. (2015), quienes subrayan la importancia del trabajo isométrico y excéntrico en fases de recuperación funcional.

Además, la inclusión sistemática de escalas validadas como el PRWE, y pruebas objetivas como dinamometría y goniometría, aporta un valor cuantificable a la evolución del paciente. En este caso, la adaptación del tratamiento al perfil económico de la paciente (una única sesión semanal complementada con ejercicios en casa) demuestra que una intervención bien estructurada puede lograr resultados notables, sin requerir un alto número de sesiones clínicas.

Este caso clínico también aporta nuevo conocimiento práctico: evidencia que, incluso en fases agudas con recaída, el ajuste oportuno del protocolo (volviendo al uso completo de la ortesis, disminuyendo la carga de ejercicios y reintroduciendo EPTE) puede reconducir la evolución sin necesidad de pasar a una intervención quirúrgica. Esta experiencia tiene aplicaciones directas para terapeutas que trabajan con recursos limitados y pacientes con baja adherencia o restricciones económicas.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

Por lo tanto, este caso no solo reafirma la validez de tratamientos conservadores combinados, sino que ilustra cómo personalizar y adaptar el plan de intervención en un entorno real, generando datos que pueden ser base para futuras investigaciones en poblaciones similares.

Referente a futuras investigaciones, resultaría de gran interés analizar tratamientos prolongados que permitan alcanzar una recuperación completa en pacientes con tenosinovitis de De Quervain. Sería pertinente diseñar protocolos a largo plazo con un mayor número de sesiones de fisioterapia, lo que podría ofrecer una mejora aún más significativa. En el caso analizado, se ha puesto de manifiesto la necesidad de incrementar el número de sesiones para optimizar los resultados terapéuticos.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

CONCLUSIONES

El tratamiento conservador de la tenosinovitis de De Quervain basado en ortesis, terapia manual, EPTE y ejercicios progresivos es eficaz para reducir el dolor y mejorar la función.

La evaluación con escalas objetivas como PRWE, dinamometría y goniometría permitió monitorizar adecuadamente la evolución de la paciente.

La adaptación del plan a una sola sesión semanal, complementada con educación y ejercicios domiciliarios, fue suficiente para mejorar y disminuir el dolor. Pero no para volver a la vida normal en el plazo de dos meses.

Este caso demuestra la importancia de un enfoque personalizado, basado en la evidencia, en un contexto clínico real con limitaciones económicas y de adherencia.

Universidad Internacional de Andalucía, 2025

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Orthopaedic Surgeons. (1965). *Joint motion: Method of measuring and recording*. Churchill Livingstone.

American Society of Hand Therapists. (1992). *Clinical assessment recommendations* (2nd ed.). American Society of Hand Therapists.

Allbrook, D. (1950). An anatomical study of the normal movements of the thumb in relation to De Quervain's disease. *Journal of Anatomy, 84*(2), 155–164.

Cavaleri, R., Pivetta, E., Sabbadini, D., & Cacciola, A. (2021). Conservative treatment for De Quervain's tenosynovitis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 102*(4), 752–762. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.127

Coombes, B. K., Bisset, L., & Vicenzino, B. (2015). Rehabilitation of tendinopathies: Isometric and eccentric loading as critical components. *British Journal of Sports Medicine, 49*(19), 1214–1217. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094515

Desrosiers, J., Hébert, R., Bravo, G., & Dutil, É. (1995). Comparison of the Jebsen Hand Function Test and the Purdue Pegboard Test for assessing hand function in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 22*(4), 735–739.

Fournier, K., Bourbonnais, D., Bravo, G., Arsenault, J., Harris, P., & Gravel, D. (2006). Reliability and validity of pinch and thumb strength measurements in de Quervain's disease. *Journal of Hand Therapy, 19*(1), 2–10. https://doi.org/10.1197/j.jht.2005.10.002

Goel, R., Abzug, J. M., & Mehta, S. (2015). De Quervain's tenosynovitis: A review of the rehabilitative options. *Hand, 10*(1), 1–5.

Ilyas, A. M., & Ast, M. (2008). Nonsurgical treatment for de Quervain's tenosynovitis. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 16*(1), 19–24.

Kapandji, I. A. (1986). *Physiology of the joints: Volume I - Upper limb* (5th ed.). Churchill Livingstone.

MacDermid, J. C., Turgeon, T., Richards, R. S., Beadle, M., & Roth, J. H. (1998). Patient rating of wrist pain and disability: A reliable and valid measurement tool. *Journal of Orthopaedic Trauma, 12*(8), 577–586.

Mehta, S. P., MacDermid, J. C., Richardson, J., MacIntyre, N. J., & Grewal, R. (2015). A systematic review of the measurement properties of the Patient-Rated Wrist Evaluation. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 45*(4), 289–298.

Norkin, C. C., & White, D. J. (2016). *Measurement of joint motion: A guide to goniometry* (5th ed.). F.A. Davis Company.

Rompe, J. D., Maffulli, N., & Furia, J. P. (2021). Percutaneous electrolysis in tendinopathy: A promising tool? *Muscles, Ligaments and Tendons Journal, 11*(2), 221–228. https://doi.org/10.32098/mltj.02.2021.05

Sakthivel, V., Chouhan, D. K., & Mahajan, N. P. (2020). Role of ultrasonography in diagnosis and management of de Quervain's tenosynovitis: A review. *Journal of Musculoskeletal Disorders and Treatment, 6*(2), 135–140.

Seitz, A. L., McClure, P. W., Finucane, S., Boardman, N. D., & Michener, L. A. (2017). Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: Intrinsic, extrinsic, or both? *Clinical Biomechanics, 42*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2016.11.015

Vicente, M., Fernández-de-Las-Peñas, C., Alburquerque-Sendín, F., & Cleland, J. A. (2019). Effects of manual therapy on pressure pain thresholds and cervical range of motion in patients with mechanical neck pain: A randomized controlled trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 42*(1), 30–37. https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2018.07.008

Wang, J. P., Liao, Y. K., & Hsu, C. C. (2013). Clinical efficacy of orthotic intervention for De Quervain's disease: A systematic review. *Journal of Hand Therapy, 26*(1), 35–42. https://doi.org/10.1016/j.jht.2012.10.003

Wu, F., Rajpura, A., & Sandher, D. (2018). Finkelstein's Test Is Superior to Eichhoff's Test in the Investigation of de Quervain's Disease. *The Journal of Hand Surgery (European Volume), 43*(9), 990–994. https://doi.org/10.1177/1753193418784967

Universidad Internacional de Andalucía, 2025