
	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	CDS GDM 2.1.2.1 OR 04	
	GUIA DE TENOSINUVITIS DE QUERVAIN	REVISION 01	MAYO 2014

GUIA DE ATENCION MANEJO DE TENOSINUVITIS DE QUERVAIN

MAYO DE 2014

Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Noviembre 2010	Coordinación Médica	Dirección de Prestación
01	Mayo 2014	Coordinación Médica	Dirección de Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.		CDS GDM 2.1.2.1 OR 04	
	GUIA DE TENOSINUVITIS DE QUERVAIN		REVISION 01	MAYO 2014

GUIA DE LA ENFERMEDAD DE QUERVAIN.

OBJETIVO.

Emitir recomendaciones para el manejo integral promoción, prevención, detección precoz y tratamiento de la enfermedad de Quervain relacionada con movimientos repetitivos en el lugar de trabajo, orientado a los usuarios que pertenecen al magisterio.

DEFINICION.

La tendinitis de Quervain es un proceso inflamatorio que afecta a los tendones extensor corto del pulgar y abductor largo del pulgar a su paso por apófisis estiloides del radio. Ambos tendones delimitan la tabaquera anatómica y su función es realizar la separación y la flexión dorsal del primer dedo. Su afectación se produce tras movimientos repetitivos y en un gran número de casos se ve favorecida por determinadas actividades laborales, haciendo parte de los desórdenes musculo esqueléticos relacionados con el trabajo (DME). En muchos casos, los estudios histológicos no indican infiltrados inflamatorios, por lo que resulta preferible evitar el término (tenosinovitis) y recurrir al de enfermedad de Quervain.


La prevalencia oscila entre el 0,5 y el 1,5%, y es más frecuente en mujeres que en hombres. Ocupaciones de alto riesgo y actividades como tejer y cortar asociadas a enfermedad de Quervain incluyen operarios de computador, digitadores, pianistas, y golfistas

Se ha encontrado que algunos factores sistémicos favorecen el crecimiento sinovial como es el caso de los pacientes con artritis reumatoide o hipotiroidismo.

También se ha encontrado asociación con:

- Diabetes Mellitus
- Osteoartritis
- Dedo en gatillo
- STC
- Embarazo
- Puerperio
- Variantes anatómicas

Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Noviembre 2010	Coordinación Médica	Dirección de Prestación
01	Mayo 2014	Coordinación Médica	Dirección de Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.		CDS GDM 2.1.2.1 OR 04	
	GUIA DE TENOSINUVITIS DE QUERVAIN		REVISION 01	MAYO 2014

- *Trauma*
- *Estructuras faciales anormales*
- *Hipertrofias musculares*
- *Colagenosis.*

Clínica

Se manifiesta por dolor y tumefacción en el borde radial de la muñeca, justo por encima de la apófisis estiloides, que aumenta con movimientos laterales de la muñeca tales como sujetar una jarra.

Cronología: síntomas presentes o han estado presentes al menos 4 días durante los últimos 7 días o los síntomas han estado presentes por lo menos 4 días durante al menos una semana en los últimos 12 meses.




Exploración física

Maniobra de Finkelstein (desviación cubital forzada manteniendo el primer dedo dentro del puño cerrado) y separación o flexión dorsal resistida del primer dedo.

Diagnóstico.

Es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. No existe ninguna prueba específica para confirmar el diagnóstico.

Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Noviembre 2010	Coordinación Médica	Dirección de Prestación
01	Mayo 2014	Coordinación Médica	Dirección de Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.		CDS GDM 2.1.2.1 OR 04	
	GUIA DE TENOSINUVITIS DE QUERVAIN		REVISION 01	MAYO 2014

Las condiciones clínicas más frecuentes que se asocian con dolor en la cara radial de la muñeca son: Osteoartrosis de la articulación metacarpofalángica del primer dedo, Fractura de escafoides, Enfermedad de Kienbock, Mononeuropatía de la rama sensitiva del nervio radial, Radiculopatía cervical C6.

Tratamiento.

El tratamiento de la fase aguda consiste en:


- Dejar en reposo la zona afectada.
- Aplicar frío, si bien su utilidad es muy dudosa. Algunos médicos recomiendan calor con la misma escasa evidencia científica sobre su utilidad.
- Vendar la zona o utilizar férulas que reduzcan el movimiento del tendón afectado.
- Realizar fisioterapia.
- Administrar anti-inflamatorios por vía oral. La aplicación de anti-inflamatorios en forma de cremas no ha demostrado utilidad.

Si no hay beneficio, en algunas circunstancias puede intentarse la inyección de corticoides en la zona y el tratamiento con cirugía, siempre en función de la zona afectada.

En general, **en la fase crónica** se debe:

- Identificar si se puede realizar alguna modificación biomecánica en la actividad responsable, que evite el desarrollo de un nuevo episodio de dolor. Por ejemplo mejorar la postura al escribir en un teclado, al correr, al practicar algún deporte o al realizar una determinada actividad.
- Realizar ejercicios de rehabilitación.
- Realizar estiramientos, en reposo y después de realizar un ejercicio.
- La administración de frío o de calor en la fase crónica puede ser útil en algunos pacientes. No existen datos de que uno sea mejor que el otro.

Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Noviembre 2010	Coordinación Médica	Dirección de Prestación
01	Mayo 2014	Coordinación Médica	Dirección de Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.		CDS GDM 2.1.2.1 OR 04	
	GUIA DE TENOSINUVITIS DE QUERVAIN		REVISION 01	MAYO 2014

- No se recomienda el tratamiento crónico con anti-inflamatorios, ni orales ni en forma de cremas.
- La inyección de corticoides puede producir una mejoría transitoria del dolor pero no ha demostrado ser eficaz a largo plazo, pudiendo aumentar el número de complicaciones.
- La utilización de ultrasonidos, onda corta, o láser no ha demostrado su eficacia.
- Existen otros muchos tratamientos en fase de investigación que pueden producir algún beneficio en pacientes concretos. Su uso generalizado no puede recomendarse actualmente hasta que no se demuestre su inequívoca utilidad y la ausencia de efectos adversos. Entre estos tratamientos la inyección de lidocaína.

PREVENCION

Las tendinitis se previenen evitando la actividad responsable de su aparición o utilizando férulas que reducen la fricción sobre la zona del tendón al realizar los movimientos repetitivos. También se reduce su incidencia si se realiza un calentamiento adecuado con estiramientos de forma previa a su uso.


CRITERIOS DE REMISION A ORTOPEDIA.

Si luego de 6 meses de tratamiento médico no hay respuesta al manejo. El tratamiento quirúrgico es eficaz pero más invasivo que el tratamiento no quirúrgico y puede ser razonable si no existe mejoría clínica.

BIBLIOGRAFIA.

1. Peters-Veluthamaningal C, AWM van der Windt D, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Inyección de corticoesteroides para la tenosinovitis de Quervain (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD005616. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Noviembre 2010	Coordinación Médica	Dirección de Prestación
01	Mayo 2014	Coordinación Médica	Dirección de Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.		CDS GDM 2.1.2.1 OR 04	
	GUIA DE TENOSINUINITIS DE QUERVAIN		REVISION 01	MAYO 2014

2. Seyhan H, Kopp J, Horch R. De Quervain's stenosing tendovaginitis - one of the most common conditions affecting the hand. MMW Fortschr Med. 2006; 148(39): 33-5.
3. www.minproteccionsocial.gov/documentos sisinfo SIVIGILA.
4. <http://www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/publicaciones/publicacion/tec-Gatiso>
5. <http://www.infirmus.es/tendinitis/> 2014
6. Min protección Social, Plan Nacional de Salud Ocupacional 2008-2012. Bogotá. 2008

Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Noviembre 2010	Coordinación Médica	Dirección de Prestación
01	Mayo 2014	Coordinación Médica	Dirección de Prestación