

Síndrome de De Quervain como diagnóstico diferencial de radiculopatía cervical

José de Jesús Lomelí Ramírez

RESUMEN

El síndrome de De Quervain alude a una tenosinovitis de los tendones abductores del dedo pulgar ocasionado con frecuencia por traumas directos y/o uso excesivo de la mano y muñeca. Por otro lado el término de radiculopatía cervical alude al dolor que se presenta secundario a compromiso neural, ya sea raíces, plexos o troncos nerviosos periféricos comprometiendo la columna cervical y una o ambas extremidades superiores. Hasta hoy la tenosinovitis de De Quervain no está incluida dentro de las patologías que pueden incluirse en las cervicobraquialgias. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 44 años de edad quién inicialmente fue diagnosticado como radiculopatía cervical y su diagnóstico final fue el síndrome de De Quervain. Se propone incluir a esta patología dentro de la clasificación de radiculopatía cervical.

Palabras clave: tenosinovitis, radiculopatía cervical, radiografías, imagen de resonancia magnética.

De Quervain's syndrome as differential diagnosis of cervical radiculopathy

ABSTRACT

De Quervain's syndrome refers to a tenosynovitis of thumb's abductive tendons due to direct trauma or excessive hand and wrist using. Cervical radiculopathy refers to a pain associated to a neural compromise whatever is roots, plexus's trunks or peripheral nerves, involving cervical spine and one or both upper extremities. So far De Quervain's syndrome is not included within cervical's radiculopathy classification. A case of a 44 years old man is presented, which initial diagnosis was cervical radiculopathy and final diagnosis was De Quervain's syndrome.

Key words: tenosynovitis, cervical radiculopathy. X-ray, MRI.

Hasta hoy, el término de radiculopatía cervical alude al dolor que se presenta hacia alguna de las extremidades superiores o ambas, originado por un compromiso neural, siguiendo una trayectoria anatómico definido del sistema nervioso periférico, en raíces, plexos o troncos nerviosos periféricos. No siempre este tipo de dolor corresponde a una patología neurológica e inclusive puede originarse a expensas del sistema músculo esquelético.

Dentro de las causas de radiculopatía figuran lesiones medulares, radiculares, de plexo y nervio; así como, de músculo y articulaciones incluyendo en esta última a artritis reumatoide, espondilitis anquilosante,

trauma *latigazo cervical*, fibromialgia, tendinitis bicipital, rotura del manguito rotador y periarteritis escápulo humeral sin incluir en la literatura consultada al síndrome de De Quervain.

La tenosinovitis de De Quervain es una inflamación de la cubierta de los tendones abductores (tendones que mueven el dedo pulgar hacia arriba y afuera, alejándolos de la mano). Técnicamente es referida

Recibido: 21 mayo 2012. Aceptado: 4 junio 2012.

Correspondencia: José de Jesús Lomelí Ramírez. Av. Agustín Melgar # 9. Col. Bosques de Campeche. 24030 Campeche, Camp. E-mail: joselomeli@prodigy.net.mx

como una tenosinovitis estenosa debido a que tanto los tendones como tejidos que los rodean están involucrados. El tendón tiene que pasar a través de un pequeño túnel fibro óseo hacia la muñeca. La cápsula sinovial inflamada del tendón es la que da el dolor y limitación de la muñeca.

Como el codo de tenista y el síndrome del túnel del carpo, ésta patología se genera con relativa frecuencia por el uso excesivo de dicha área anatómica. Es más frecuente en mujeres que en hombres. El simple hecho de exprimir la ropa (torcedura de la lavandera) traumas directos y en madres primerizas al cargar sus bebés recién nacidos puede desarrollar esta tenosinovitis.

Presentación del caso

Se trata de un paciente de sexo masculino de 44 años de edad, de profesión arquitecto, quien acude a consulta de la especialidad para una segunda opinión, ya que se encuentra programado para cirugía de columna cervical por médico ortopedista. Dentro de sus antecedentes personales patológicos figuran; amigdalectomía en la infancia; así como, haber presentado neuralgía suboccipital del lado izquierdo, resto de antecedentes negados.

Padecimiento actual iniciado hace aproximadamente 6 meses con presencia de dolor y parestesias en miembro superior izquierdo referido a dermatomas C5 y C6 del mismo lado, refería también moderado dolor en región cervical, refiere haber estado bajo medicamentos analgésicos, desinflamatorios; así como, fisioterapia por un mes, sin tener una mejoría ostensible, inclusive menciona tener menos fuerza en mano izquierda.

A la exploración neurológica se encontró motilidad cervical conservada con mínimas molestias a la flexión y extensión de la columna, dolor a la palpación en cara lateral de antebrazo y muñeca izquierda, con parestesia e hipoestesia en dermatomas C5 y C6, maniobra o prueba de Finkelstein positiva, parecía moderada de mano izquierda pero por síndrome de De Quervain como diagnóstico diferencial de radiculopatía cervical.

Presencia de dolor, tinel (+) en cara lateral de muñeca izquierda, reflejos osteotendinosos (++) de manera generalizada, resto de exploración normal.

Radiografías de columna cervical (figura 1) en proyecciones AP y lateral, sólo con ligera espondiloartrosis y leve rectificación de lordosis cervical.

IRM cervical (figura 2) prácticamente normal.

Laboratorio prequirúrgico con ligero aumento en la eritrosedimentación 33 mm/hs. Bh, Qs, Tp. TPT y perfil reumatológico normal.

Se le da la opción al paciente en cuanto a continuar recibiendo tratamiento conservador con AINE's,



Figura 1. Radiografías de columna cervical en proyecciones AP y lateral, sólo con ligera espondiloartrosis.



Figura 2. RM cervical prácticamente normal.

medidas generales, fisioterapia, entre otros. O iniciar con tratamiento invasivo como la inyección local con

esteroides y/o cirugía, el paciente decide probar el tratamiento quirúrgico.

El paciente fue operado bajo anestesia local utilizando xylocaína con epinefrina al 1%, realizando una apertura del túnel fibro óseo; así como, la liberación de tendones abductores del dedo pulgar izquierdo (figura 3).

Su evolución posquirúrgica fue buena, se retiró sutura a la semana, después se envió a fisioterapia por 3 semanas notando alivio de toda la sintomatología.



Figura 3. El paciente fue operado bajo anestesia local utilizando xylocaína con epinefrina al 1%, realizando una apertura del túnel fibro óseo así como la liberación de los tendones abductores del dedo pulgar izquierdo.

DISCUSIÓN

El síndrome de De Quervain, también conocido como enfermedad de De Quervain, tenosinovitis de De Quervain o torcedura de la lavandera es un padecimiento estrictamente inflamatorio, específicamente de los tendones que se encargan de mover el dedo pulgar en abducción y elevación (alejándose de la mano). Se refiere como una tenosinovitis estenosante ya que se afectan los tendones como así el túnel fibro óseo de la muñeca.

En la mayoría de los casos esta tenosinovitis de

De Quervain es debida al uso repetitivo del pulgar y/o la muñeca; sin embargo, enfermedades crónicas degenerativas tales como la artritis reumatoide y otros padecimientos inflamatorios autoinmunes pueden precipitarla; así mismo, es común encontrarla en los traumas directos en cara lateral de la muñeca.

La sintomatología clásica es el dolor en la cara lateral de la muñeca, por debajo del pulgar, que empeora con el uso de la mano, el paciente puede referir parestesias en dedo pulgar así como una disminución de la fuerza por la presencia de dolor.

El diagnóstico de este padecimiento se realiza con la prueba de Finkelstein patognomónica de esta entidad nosológica. La prueba consiste en doblar el dedo pulgar sobre la superficie palmar a la vez que los dedos de la mano cubren al pulgar, haciendo un movimiento de flexión medial de la muñeca.

Dentro del manejo terapéutico de la tenosinovitis de De Quervain se incluyen; medidas conservadoras tales como inmovilización, compresas frías y/o calientes, ultrasonido, fisioterapias y analgésicos desinflamatorios; así como, las medidas intervencionistas que incluyen; inyecciones locales con cortisona y como última alternativa de tratamiento la cirugía.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso clínico de un paciente adulto del sexo masculino con una tenosinovitis de De Quervain la cual fue inicialmente mal diagnosticada por médico ortopedista como una radiculopatía cervical. Se piensa que este error pudo ser por la forma de presentación inicial del cuadro clínico, dolor, parestesia e hipoestesia en un trayecto de los dermatomas C5-C6, así como la presencia de paresia de la mano izquierda.

El involucramiento del trayecto del nervio radial pudo ser dado por el mismo proceso inflamatorio recordando que existe una rama terminal superficial del nervio radial cerca de los tendones abductores del dedo pulgar.

En base a la presentación de este caso clínico se sugiere que también se tome en cuenta el diagnóstico de tenosinovitis de De Quervain; como diagnóstico diferencial en el estudio del paciente con radiculopatía cervical.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. JJ Zarranz. Neurología, edición. Madrid, España; 2004.
2. Durrant DH, True JM, Myelopathy, radiculopathy and entrapment síndromes. London.CRC Press. 2001.
3. Friis ML, Gulliksen GC, Rasmussen P. Distribution of pain with nerve root compression. *Acta Neurochir* 1977;39:241-9.
4. Mumenthaler M. Síndromes dolorosos cervico-braquiales. Barcelona, DOYMA, 1985.