



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”**

**Frecuencia de variaciones anatómicas del primer compartimento dorsal de la mano en la Enfermedad de Quervain, en pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS**

# **T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO EN ESPECIALISTA EN  
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**PRESENTA**

**DR. RAFAEL ANTONIO ROMERO PARRA**

**ASESORES DE TESIS**

**DRA. MARIA LUISA VELASCO VILLASEÑOR**



**MÉXICO, D.F., 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**DR. JESUS ARENAS OSUNA**

Jefe de la División de Educación en Salud

---

**DR. PEDRO GRAJEDA LÓPEZ**

Titular del curso Universitario de Cirugía Plástica

---

**DR. RAFAEL ANTONIO ROMERO PARRA**

Médico Egresado de Cirugía Plástica y Reconstructiva

**No. De protocolo. R-2012-3501-17**

**INDICE**

<b>I.RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....</b>	<b>6</b>
<b>III. MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>V. DISCUSION.....</b>	<b>19</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>23</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>25</b>

## RESUMEN

**Título.** Frecuencia de variaciones anatómicas del primer compartimento dorsal de la mano en la Enfermedad de Quervain, en pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS.

Las variantes anatómicas en pacientes intervenidos por Enfermedad de Quervain, tiene una frecuencia alta, se ha reportado en la literatura internacional hasta del 30%, en nuestro hospital es del 28.70%. **Material y Métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, cohorte descriptiva. Con dos grupos de estudio: con y sin variaciones anatómicas. Se incluyeron los expedientes de pacientes intervenidos del 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2011. Se registró la edad, sexo, ocupación, localización, comorbilidad, el tipo de variación anatómica. Análisis estadístico: estadística descriptiva. **Resultados.** No se encontraron diferencias significativas entre sexo y localización de la mano ( $p < 0.05$ ). Encontramos una frecuencia general de 28.70%, en 33 pacientes con variaciones anatómicas de los 115 estudiados. La variaciones anatómica mas común fue la presencia de un subcompartimento (44.44%). **Conclusiones.** La importancia de explorar el primer compartimento dorsal de la mano en la Enfermedad de Quervain radica en la alta frecuencia de variación anatómica, por lo que al liberar la estructura disminuiríamos la recidiva de sintomatología. **Palabras clave:** Primer compartimento dorsal de la mano, Enfermedad de Quervain, frecuencia.

**ABSTRACT**

Frequency of anatomical variants of first dorsal compartment of the hand at the Quervain's disease, in patients of the Specialities Hospital of the National Medical Center "La Raza" IMSS

The presence of different anatomical variants in patients operated of Quervain's disease have a high frequency, it has been reported in 30% on the international literature, in our hospital it's on 28.70%, it's important to remission of the pain, to explore, identify and liberate all this variants.

**METHODS AND MATERIALS.** This study is observational, retrospective and descriptive cohort. Two groups of study: with and without anatomical variants. It had been included all the patients' files controlled surgically by this disease since January 1, 2007 to December 31, 2011. The independents variables were age, sex, occupation, location, comorbidity and the dependents were the type of the anatomical variants. **RESULTS.** We don't found significant differences between sex and hand location ( $p < 0.05$ ). There was a high general frequency of 28.70% in 33 patients with anatomical variants of the 115 patients studied. In the anatomical variants group, the most frequent anatomical variant was the presence of a subcompartment in 44.44%. **CONCLUSIONS.** The importance to explore the first dorsal compartment of the hand in the hand in patients controlled surgically by the Quervain's disease it takes importance on the high frequency of anatomical variants, and we have to liberate this anatomical structures to avoid recurrence of the pain. **KEY WORDS:** First dorsal compartment of the hand, Quervain's disease, frequency.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La enfermedad De Quervain se origina por la inflamación de la cubierta de los tendones que mueven el dedo pulgar de la mano, que produce dolor al movimiento. Recibe este nombre en honor al cirujano suizo Fritz de Quervain, a quien se le atribuye la primera descripción de la entidad clínica en el año de 1895, aunque en la edición de 1893 del libro de Anatomía de Gray se describió una entidad similar a la cual se denominó "Torcedura de la lavandera". El proceso se atribuye a actividades que requieren la frecuente abducción del pulgar y la simultánea desviación cubital de la muñeca. Con la extensión de la muñeca se produce la angulación aguda de los tendones a la altura del retináculo y Bunnell sugirió un aumento de la angulación de los tendones en las mujeres para ayudar a explicar la mayor prevalencia de la enfermedad entre ellas<sup>1</sup>.

La enfermedad De Quervain involucra las vainas de los tendones abductor largo y extensor corto del pulgar a la altura de la apófisis estiloides, que conforman el primer Compartimento Dorsal, de los seis existentes en muñeca. El proceso inflamatorio se atribuye a fricción mecánica principalmente, sobre todo en actividades que requieren la frecuente abducción del pulgar y la simultánea desviación cubital de la muñeca (exprimir, por ejemplo), ya que la tensión sostenida y repetitiva de los tendones del primer compartimento dorsal produce fricción a la altura de la vaina retinacular rígida, con el subsiguiente aumento de volumen del tendón o el estrechamiento del canal fibroóseo que lo circunda, o ambos a la vez<sup>2</sup>.

El diagnóstico suele hacerse sin dificultad si durante varias semanas o meses ha habido dolor localizado en el lado radial de la muñeca que empeora por el movimiento del pulgar. Los hallazgos diagnósticos de la enfermedad son tumefacción y dolor con la palpación a una distancia de entre 1cm y 2 cm de la apófisis estiloides radial, en sentido proximal, y el

dolor en puñalada cuando el pulgar se sujeta a la palma de la mano y se coloca la muñeca en desviación cubital forzada (prueba de Filkenstein)<sup>3</sup>.

Los factores de riesgo más importantes para la enfermedad de Quervain son la edad, el género y la ocupación, siendo más frecuente en edades de los 35 a 55 años<sup>4</sup>. En mujeres es más frecuente, en particular durante el embarazo y en el post-parto, remitiendo al término de este. Se han mencionado otros factores: traumáticos, desórdenes reumáticos, entre otros, aunque son poco relevantes desde un punto de vista clínico. Por otro lado, no existe predominancia en la incidencia en alguna de las dos manos<sup>5,6</sup>.

Varios autores han considerado que tendones aberrantes y variaciones anatómicas de los tendones contribuyen al proceso y ayudan a explicar la mala respuesta al tratamiento conservador en ciertos individuos o a la recidiva posquirúrgica del padecimiento, encontrándose la presencia de un subcompartimento del 20 al 30% en la mayoría de las series hasta 50% en otros reportes en pacientes con enfermedad de Quervain<sup>7-10</sup>. Además, se ha reportado la presencia de tenosinovitis del abductor largo, contrarrestando la literatura en la cual se reporta mayoritariamente la presencia de tenosinovitis del extensor corto<sup>11</sup>.

Los cambios patológicos que encontramos son una tenovaginitis verdadera, que presenta una estenosis en la vaina fibrosa del retináculo extensor. De Quervain reporto engrosamiento del tejido conectivo fibroso denso sin datos de inflamación, no encontró aumento en células de inflamación en el área. Finkelstein en 1930, reporta que en casos severos se puede encontrar muy engrosado el tejido conectivo, de tres a cuatro veces sobre el promedio, presencia de tejido fibroso e incluso de consistencia cartilaginosa. Más recientemente Meachim y Roberts (1969) reportaron presencia de tenovaginitis estenosante asociado con marcado engrosamiento localizado en un segmento de la vaina tendinosa a causa de

tejido fibroso de proliferación. La mayor parte de este tejido fibroso llega a ser colágeno denso, pero también muestra cambios mucinosos en la parte interna. Clark (1998) describió cambios de degeneración mixoide concluyendo que la enfermedad de Quervain es el resultado de mecanismos intrínsecos degenerativos. Se ha llegado al acuerdo que la etiología de la tenovaginitis de Quervain, no es un proceso inflamatorio a pesar del sufijo de "itis"<sup>12</sup>.

Una de las variaciones anatómicas más comunes es la presencia de dos tendones del abductor largo del pulgar<sup>13</sup>; uno se inserta en la base del primer metacarpiano y el segundo tendón se inserta sobre el trapecio. Aunque típicamente el tendón del extensor corto del pulgar se inserta en la falange proximal del pulgar, una variación común es la inserción dual con un haz insertándose en la falange proximal y otro haz insertándose dentro del extensor largo. Otra variación común es la presencia de un septum que divide varios de los haces del abductor largo separando estos del haz del extensor corto<sup>14</sup>. Los múltiples haces del abductor largo así como la presencia de este septum dentro del compartimento hacen que el manejo con inyección de esteroides no sea eficaz, sino necesariamente quirúrgico, donde al momento de la cirugía debe buscarse la presencia de este septum y el subcompartimento con la finalidad de liberarse, en caso contrario, la recurrencia de la sintomatología es común<sup>15</sup>.

En caso de realizarse procedimiento quirúrgico, la técnica es realizando una incisión de 2cm en la piel, sobre el primer compartimento dorsal, a 1 cm de la punta de la apófisis estiloides del radio en sentido proximal. Tan pronto como se ha hecho la incisión de la capa dérmica mas profunda de la piel, mediante el uso de una disección roma longitudinal, se pone cuidado en identificar y retraer suavemente las ramas sensitivas radiales. El ligamento anular expuesto que cubre el compartimento se abre limpiamente con un bisturí. Se ha recomendado hacer una incisión en la vaina sobre su margen

mas dorsal y dejar un colgajo de la vaina palmar para evitar la subluxación. Debe realizarse una exhaustiva exploración en busca de compartimentos separados y que debe practicarse la división completa de todos los tabiques que intervengan y la identificación de cada bandeleta tendinosa. Los tabiques inusualmente gruesos pueden ser completamente escindidos. Si el tejido tenosinovial es grueso y opaco se rebaja quirúrgicamente. Los tendones se levantan del túnel con un gancho o elevadores romos, para asegurar la completa descompresión de las uniones musculotendinosas, hasta un punto al menos 1 cm distal con respecto a la vaina retinacular. Los tendones se colocan en su sitio y el paciente mueve el pulgar para verificar si los movimientos del abductor largo y el extensor corto son libre e independientes. Es imperativo que se identifique de forma separada el tendón del extensor corto del pulgar mediante la demostración de la extensión pasiva de la articulación MCF al retraer suavemente el tendón. La hemostasia se realiza con cauterización después de liberar el manguito y la piel se cierra con una sutura de monofilamento, intradérmica y continua y vendaje adhesivo. En las primeras 4 a 6 semanas se aconseja evitar actividades mecánicas pesadas<sup>16</sup>.

En México, no existen reportes sobre la frecuencia de variaciones anatómicas del primer compartimento dorsal de muñeca, a pesar de que en la práctica de cirugía reconstructiva institucional y privada, la enfermedad de Quervain es un problema común de consulta médica.

## **MATERIAL Y METODOS.**

El objetivo del estudio fue el determinar la frecuencia de variaciones anatómicas del primer compartimento dorsal de la mano en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por Enfermedad de Quervain del 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre de 2011. El estudio se realizó en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades de la UMAE “Dr. Antonio Fraga Mouret”, del Centro Médico Nacional “ La Raza”. Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para tal fin, se utilizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de cohorte descriptiva.

Se revisaron todos los expedientes de pacientes intervenidos quirúrgicamente por Enfermedad de Quervain del 1 de Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2011. Se excluyeron todos los expedientes de los pacientes con Enfermedad de Quervain con tratamiento quirúrgico que se hayan efectuado en otros hospitales o en años anteriores en el HECMNL. Se eliminaron todos los expedientes de los pacientes que por algún motivo no se encuentre el expediente clínico o la información contenida en el mismo fue inadecuada o incompleta.

El tamaño de muestra fue de tipo disponible o por conveniencia, la cantidad de pacientes incluidas esta en relación de los pacientes atendidos por Enfermedad de Quervain y la aplicación de los criterios de selección de pacientes. Se estimo una cifra de pacientes aproximada de 100 y se obtuvo una muestra de 115.

Dividimos para su estudio, en dos los grupos, con y sin variante anatómica. Las variables en independientes y dependientes. Las independientes fueron la edad, sexo (masculino, femenino), ocupación, localización (mano derecha o izquierda) y comorbilidad (diabetes,

hipertensión arterial, etc). Las dependientes fueron la presencia de variación anatómica y el tipo de variante anatómica hallada. Dentro de las que podríamos hallar estaba la presencia de un subcompartimento entre el abductor largo y extensor corto del pulgar, la presencia de más de un haz de tendón del abductor largo del pulgar y la presencia de más de un haz de tendón del extensor corto del pulgar.

La investigación se realizó de acuerdo con los siguientes pasos: Identificación de egresos hospitalarios con motivo de Enfermedad de Quervain en pacientes postoperados por este padecimiento del 1 de enero del 2007 al 31 diciembre del 2011.

Identificación de los pacientes de acuerdo con la clave de afiliación al seguro social. Solicitud de expedientes clínicos al servicio de Archivo Clínico del HE. Recolección de datos de los expedientes clínicos empleando una hoja preelaborada para la recolección de información (Ver anexo). Captura de la información en hojas de cálculo de Excel.

Procesamiento y análisis de la información utilizando el paquete estadístico de SPSS v. 17 para obtener porcentajes como medida descriptiva y presentación de los resultados mediante cuadros y gráficas. Presentación de resultados al investigador principal para su revisión. Elaboración del informe final con la aprobación del investigador principal.

Presentación de resultados al comité de Investigación Científica del IMSS para su evaluación y aprobación.

Se utilizó estadística descriptiva, los datos fueron presentados mediante cuadros y gráficas.

Se aplicó chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para establecer diferencias o chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para k muestras de acuerdo a los grupos de con o sin variación anatómica.

Para la captura electrónica de datos se empleó una hoja de cálculo de Excel y para el análisis de datos se empleará el paquete estadístico de SPSS v 17 y Epidat.

## RESULTADOS

Se estudiaron 115 pacientes (Cuadro 1), de los cuales 72 (62.61%) fueron del sexo femenino y 43 (37.39%) del sexo masculino. Esta tendencia a favor del sexo femenino, solo se revierte en el caso del grupo de 21 a 30 años de edad, donde el sexo masculino 54.55% (12) superó al de sexo femenino 45.45% (10).

Cuadro 1. Distribución de los pacientes con enfermedad de Quervain estudiados. 2007-2011.

Edad en años	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
21 a 30	12	54.55	10	45.45	22	19.13
31 a 40	7	41.18	10	58.82	17	14.78
41 a 50	9	27.27	24	72.73	33	28.70
51 a 60	8	28.57	20	71.43	28	24.35
61 a más	7	46.67	8	53.33	15	13.04
Total	43	37.39	72	62.61	115	100.00

Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

Por grupos de edad (Cuadro 1), en la distribución de pacientes el grupo de 41 a 50 años de edad tuvo una leve mayor frecuencia respecto a los demás, de 28.70% (33) frente a 24.35% (28) del grupo de 51 a 60 años, 19.13% (22) de 21 a 30 años, 14.78% (17) y 13.04% (15) en el de 61 a más años de edad.

Por localización, en general, la mano derecha tiene mayor frecuencia de Enfermedad de Quervain de 54.78% frente a la izquierda de 45.22%. Por sexo, en hombres se observa una mayor frecuencia de localización en mano derecha 60.47% y en mujeres se observó similar frecuencia para ambas manos 51.39% y 48.61% respectivamente.

Respecto a la ocupación de los pacientes (Cuadro 2), 50.43% (58) fueron empleado(a)s, siguiendo en orden de importancia la ocupación en el hogar con 34.78% (40), el resto de ocupaciones se distribuyó con porcentajes casi similares, entre 6.96% a 7.83%, en la ocupación de intendencia y obrero(a). Cabe mencionar que en la categoría de empleado(a)s, dos ocupaciones relacionados con el sector salud: enfermería (2) y médico(a) (1). Por sexo, la ocupación en el hogar y de empleado(a)s fue mayor para el sexo femenino 77.50% y 67.24% respectivamente. Mientras que para la ocupación de obrero e intendencia fueron mayor para el sexo masculino, 100% y 75% en ese orden.

Cuadro 2. Distribución de los pacientes con enfermedad de Quervain estudiados según ocupación principal

Ocupación principal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Hogar	9	22.50	31	77.50	40	34.78
Intendencia	6	75.00	2	25.00	8	6.96
Obrero(a)	9	100.00	0	0.00	9	7.83
Empleado(a)	19	32.76	39	67.24	58	50.43
Total	43	37.39	72	62.61	115	100.00

Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

En forma general, la presencia de comorbilidad en los pacientes fue de 37.39% (43), mayor en las mujeres 58.33% que en hombres 41.67% (Cuadro 3).

Cuadro 3. distribución de pacientes con enfermedad de Quervain estudiados según comorbilidad.

Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Si	10	41.67	14	58.33	24	20.87
No	33	36.26	58	63.74	91	79.13
Total	43	37.39	72	62.61	115	100.00

Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

Por grupos de edad (Cuadro 4), la comorbilidad se detecta a partir del grupo de 41 a 50 años de edad con 9.09%, aumentando en forma progresiva en orden de los grupos, 35.71% para el grupo de 51 a 60 años y de 73.33% para el de 60 a más años. Las patologías referidas fueron dos exclusivamente, Hipertensión Arterial Sistémica (19, 79.17%) y Diabetes Mellitus (7, 29.17%).

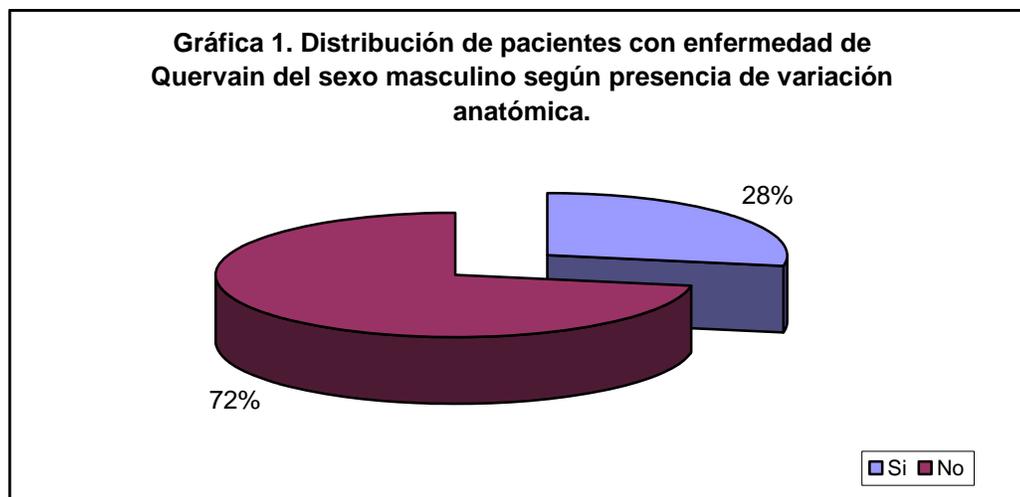
Cuadro 4. Distribución de pacientes con enfermedad de Quervain según edad y comorbilidad.

Edad en años	Comorbilidad				Total
	Si		No		
	N	%	N	%	N
21 a 30	0	0.00	22	100.00	22
31 a 40	0	0.00	17	100.00	17
41 a 50	3	9.09	30	90.91	33
51 a 60	10	35.71	18	64.29	28
61 a más	11	73.33	4	26.67	15
Total	24	20.87	91	79.13	115

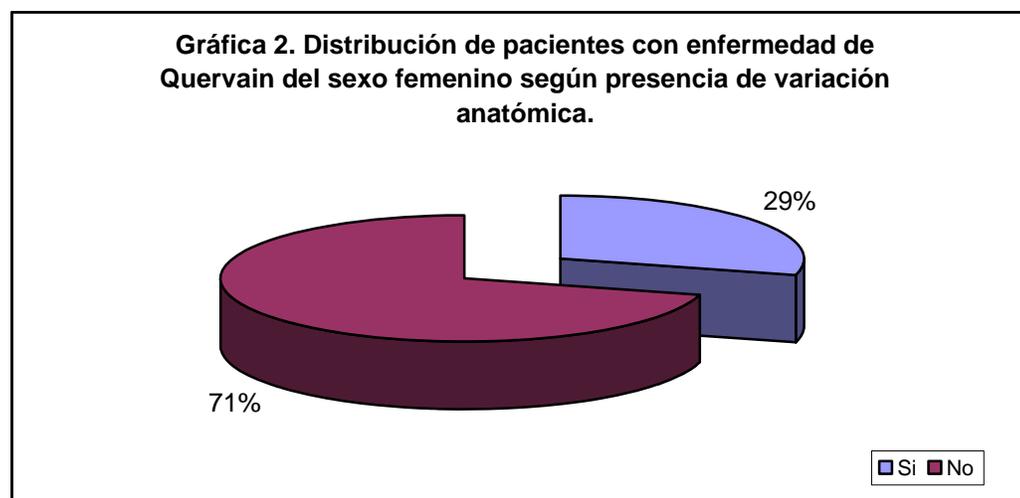
Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

Se encontró una frecuencia general de 28.70% (33) de variaciones anatómicas en los pacientes estudiados. Al analizarse por sexo, no se

observaron diferencias importantes de la frecuencia entre hombres (27.91%) y mujeres (29.17%).

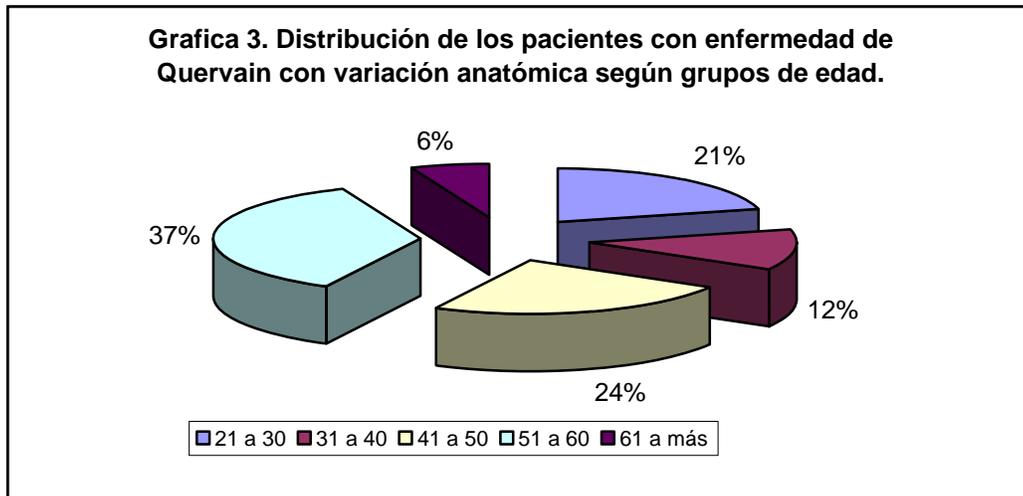


Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.



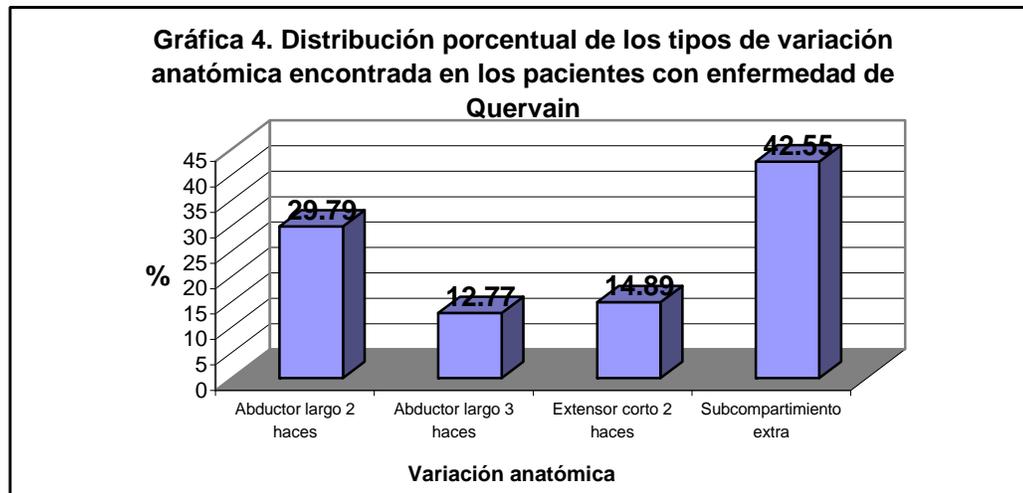
Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

La distribución de pacientes con variación anatómica por grupos de edad (Gráfica 3), se observó en el grupo de 51 a 60 una mayor frecuencia, de 37%, seguido del grupo de 41 a 50 con 24%, el de 21 a 30 años con 21%, el de 31 a 40 con 12%; y por último, el de 61 a más con 6%.



Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

Respecto al tipo de variación anatómica encontrada, de los 33 pacientes, 18 (54.55%) tuvieron una sola variación, de éstas, el subcompartimento extra fue el más común (8, 44.44%) siguiéndole la variación anatómica del abductor largo 2 haces (4, 28.57%), extensor corto dos haces (3, 23.07%) y abductor largo tres haces (3, 23.07%). 15 (45.45%) de los pacientes combinaron dos o más variaciones anatómicas. Del total de las variaciones encontradas, se observa similar distribución, resaltando con mayor frecuencia la variación subcompartimento extra (20, 42.55%), del abductor largo dos haces (14, 29.79%), extensor corto dos haces (7, 14.89%) y abductor largo tres haces (6, 12.77%).



Fuente: Expedientes. Archivo Clínico del HECMN "La Raza", IMSS.

Por localización, la mano derecha tuvo menor frecuencia de variación anatómica (22.22%) que la izquierda (36.54%).

La prueba de Chi cuadrada realizada con Epidat v. 4.0, no detectó diferencias significativas entre sexo ( $X^2= 0.0209$ ,  $p= 0.8851$ ) ni la localización en las diferentes manos ( $X^2= 2.8535$ ,  $p= 0.0912$ ), con un nivel de significancia del 0.05%.

## DISCUSION

Se ha mencionado que los factores de riesgo más importantes para la enfermedad de Quervain son la edad, el género y la ocupación. Se menciona en la literatura internacional que es más frecuente en edades de los 35 a 55 años<sup>4</sup> encontrándose el porcentaje más alto en nuestro estudio en el grupo de 41 a 50 años con 28.70% en relación al resto de los grupos. Por otra parte, se ha referido en la literatura que en mujeres es más frecuente la presencia de variantes anatómicas, hasta cinco veces más, en nuestra serie de casos se encontró efectivamente que la mayoría de los pacientes son del sexo femenino (29.17%), aunque una proporción importante lo fueron del sexo masculino (27.91%), no encontrándose diferencia significativa ( $X^2=0.0209$ ,  $p=0.8851$ ).

La ocupación se considera asimismo un factor de riesgo importante, en este estudio se reportó que la mayoría son amas de casa, obreros o trabajadores de limpieza, donde el efecto de “lavandera” se encuentra presente en estas actividades que requieren la frecuente abducción del pulgar y la simultánea desviación cubital de la muñeca. No tuvimos en nuestro estudio ninguna paciente en periodo de post-parto o durante el embarazo, ya que también se ha reportado un aumento de la incidencia en estas pacientes en la literatura. Por otro lado, se ha reportado que no existe predominancia en la incidencia en alguna de las dos manos respecto a la presencia de variación anatómica, lo cual coincide con el hallazgo de nuestro estudio, aunque en la mano derecha la frecuencia de variación anatómica fue un poco menor (22.22%) respecto a la izquierda (36.54%) no encontrándose diferencia significativa ( $X^2=2.8535$ ,  $p=0.0912$ ), y respecto a la frecuencia de Enfermedad de Quervain es mayor en mano derecha (54.78%) respecto a la izquierda (45.22%). Respecto a la comorbilidad, encontramos la presencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión, estando en mayor porcentaje en los

grupos de mayor edad (60 o más años con 73.33%), estando solo en el 37.39% de nuestros pacientes de este estudio la presencia de alguna de estas comorbilidades.

Respecto a la anatomía de la mano, el primer compartimento se encuentra delimitado en su parte radial por la apófisis estiloides del radio, y en su parte cubital por el segundo compartimento dorsal de la mano, en este compartimento pasan el tendón del extensor corto del pulgar y el tendón del abductor largo del pulgar, cubiertos por una vaina que recubre el primer compartimento dorsal de la mano. En nuestro estudio se encontró la presencia de variantes anatómicas en el 28.70% de los pacientes, encontrándose la presencia de solo una variación anatómica en el 54.55% de los casos estudiados, y en estos, la presencia de un subcompartimento entre el tendón del abductor largo y extensor corto del pulgar en el 44.44% de los pacientes con variantes anatómicas, siendo reportado también este hallazgo en la literatura internacional. También encontramos la presencia de dos o tres haces del abductor largo del pulgar con inserción tanto a la base del primer metacarpiano así como a trapecio, dos haces en el 28.57% y de tres haces en el 23.07%, y la presencia de dos haces de extensor corto en el 23.07% de los casos, con inserción tanto a la falange proximal de pulgar como por dentro del extensor largo. Encontrándose combinaciones de estas variaciones en el 45.45% de los casos, estando en mayor frecuencia la presencia de un subcompartimento con el 42.55%. La importancia radica en que aunque se libere la vaina del compartimento, la presencia de un subcompartimento mantendrá compresión entre ambos tendones atrapados así como al movimiento (ciertos pacientes realizan por su actividad una mayor abducción del pulgar con desviación cubital de muñeca, amas de casa 34.78% del total) una mayor fricción mecánica y un aumento del proceso inflamatorio, aunado a la presencia de mas haces de tendón en algunos casos, por lo que la enfermedad de Quervain permanecerá subyacente pese a que liberemos la vaina engrosada que recubre el compartimento, porque

en un porcentaje alto, existe la presencia de variantes anatómicas en más del 30% de los pacientes en la literatura internacional (28.70% en nuestro estudio) que a menos que se explore, identifique y liberen las estructuras, el proceso inflamatorio persistirá y por consiguiente el dolor, habiendo recurrencia y necesidad de nueva intervención quirúrgica en este tipo de pacientes, de ahí la importancia de la exploración y revisión de la anatomía del primero compartimento dorsal de la mano, así como revisar que se encuentren debidamente liberados los tendones afectados durante la intervención.

## CONCLUSIONES

En este estudio retrospectivo realizado a 5 años en el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS, se detecta una frecuencia de algún tipo de variación anatómica del 28.70% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por Enfermedad de Quervain, confirmando lo ya conocido en la literatura internacional al respecto y respondiendo a nuestra hipótesis, donde se propone que no excede el 30%. Las diferentes variaciones anatómicas detectadas en el primer compartimento dorsal de la mano durante nuestro estudio en este tipo de pacientes, fueron la presencia de un subcompartimento extra entre ambos tendones abductor largo y extensor corto del pulgar (siendo la más frecuente 42.55%), la presencia de dos y tres haces de tendón del abductor largo del pulgar y la presencia de dos haces del extensor corto del pulgar. Encontramos mayor frecuencia en el hallazgo de esta patología en el sexo femenino en un 62.61%, siendo alta la frecuencia en gente que se dedica al hogar, no habiendo muchas diferencias por la localización (mano derecha 54.78% vs. mano izquierda 45.22%).

La importancia de este estudio radica en que debemos explorar el primer compartimento dorsal de la mano en pacientes que sean intervenidos por Enfermedad de Quervain, no solamente liberar la vaina que cubre el primer compartimento, ya que la frecuencia de variación anatómica es alta, y al no detectar, identificar en caso de que haya una variante anatómica, y liberar estas estructuras debidamente, tendremos una recidiva de la sintomatología de esta patología, por consiguiente para el éxito en el manejo de esta patología en el momento de intervenir quirúrgicamente, es la exploración y revisión de las estructuras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Green D. Operative Hand Surgery. 5th ed. New York: Elsevier, Churchill-Livingstone; 2005: 2150.
2. Petit Le Manac'h A; Roquelaure Y; Ha C; Bodin J; Meyer G; Bigot F; Veaudor M; Descatha A; Goldberg M; Imbernon E. Risk factors for de Quervain's disease in a French working population. *Scan J Work Environ Health* 2011; 37:394-401.
3. Andréu JL; Otón T; Silva-Fernández L; Sanz J. Hand pain other than carpal tunnel syndrome (CTS): the role of occupational factors. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011;25:31-42.
4. Molloy PJ. Acute de Quervain's Tenosynovitis Caused by Calcium Pyrophosphate Dihydrate Deposition. *J Clin Rheumatol* 1997;3:105-107.
5. Kaparov A; Uludag M; Sari H; Akarirmak U. De Quervain's syndrome associated with osteopoikilosis: a case report and review of the literature. *Rheumatol Int* 2011;31:809-813.
6. Weinzweig J, Watson K, Wiener BD, Genter BE, Artford CT. Hemangiona of the extensor pollicis brevis in the first dorsal compartment: An unusual cause of bilateral de Quervain Disease. *Journ Hand Surg* 1996;21:256-258.
7. Rubin G; Wolovelsky A; Rinott M; Rozen N. Anomalous course of the extensor pollicis longus: clinical relevance. *Ann Plast Sug* 2011; 67:489-492.
8. Roy S; Mehta V; Suri R; Rath G; Dhuria R; Das S. Bitendinous insertion of abductor pollicis longus coexistent with a rare accessory antebrachial muscle: clinico-anatomical considerations. *Clin Ter* 2010;161:159-161.
9. Choi SJ; Ahn JH; Lee YJ; Ryu DS; Lee JH; Jung SM; Park MS; Lee KW. de Quervain disease: US identification of anatomic variations in the first extensor compartment with an emphasis on subcompartmentalization. *Radiology* 2011;260:480-486.
10. Suresh SS; Zaki H; Ali A. Does Radial Styloid Abnormality in de Quervain's Disease Affect the Outcome of Management? *Hand (N Y)* 2010; 5:374-377.

11. Teerawat K, Boonsong C. Variations in abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis tendons in the Quervain syndrome: A surgical and anatomical study. *Scand J Plast Recons Surg Hand Surg* 2007;41:36-38.
12. Maruyama M, Takahara M, Kikuchi N, Ito K, Watanabe T and Ogino T. De Quervain Disease caused by abductor pollicis longus tenosynovitis: a report of three cases. *Hand Surgery* 2009; 14:43-47.
13. Gousheh J, Yavari M, Arasteh E. Division of the first dorsal compartment of the hand into two separated canals: rule or exception? *Arch Iranian Med* 2009; 12:52-54.
14. Kay NRM. De Quervain Disease. Changing pathology or changing perception? *Journal of Hand surgery, British and European Volume*, 2000 25B;1:65-69.
15. Jennifer Moriatis Wolf, MD. Incidence of de Quervain's tenosynovitis in a young, active population. *The journal of hand surgery* 2009; 34, 112-115.
16. Julie T. Lin, MD. De Quervain's tenosynovitis in patients with lymphedema: a report of 2 cases with management approach. *Arch Physician med rehabilitation* 2003; 84, pag 1554-1557.

**ANEXOS****HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA", IMSS  
SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

Investigación: Frecuencia de variaciones anatómicas del primer compartimento dorsal de la mano en la enfermedad de Quervain, en pacientes del HECMNL.

EXPEDIENTE (Afilación) \_\_\_\_\_

FECHA (Recolección de datos): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
Día Mes Año

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ 1. Masculino 2. Femenino

EDAD (Años cumplidos) \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN : \_\_\_\_\_ 1. Ama de Casa, 2. Intendencia,  
3. Obrero, 4. Empleado,  
5. Otro, especificar

LOCALIZACIÓN : \_\_\_\_\_ 1. Derecha , 2. Izquierda,  
3. Ambos

**ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

¿VARIACIÓN ANATÓMICA? \_\_\_\_\_ 1. Sí 2. No

En caso afirmativo, especifique el tipo de variación anatómica encontrada:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_