



DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

Transtornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior

**Tendinitis del Abductor Largo y
Extensor Corto del pulgar
(T. de De Quervain),
Tenosinovitis Estenosante Digital
(Dedo en resorte), Tenosinovitis
del Extensor Largo del primer
dedo**

DDC-TME-10



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL

insst
Instituto Nacional de
Seguridad y Salud en el Trabajo

Con la colaboración de:

ic
Instituto de Salud Carlos III



TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS DE ORIGEN PROFESIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

TENDINITIS DEL ABDUCTOR LARGO Y EXTENSOR CORTO DEL PULGAR (T. de DE QUERVAIN), TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DIGITAL (DEDO EN RESORTE), TENOSINOVITIS DEL EXTENSOR LARGO DEL PRIMER DEDO

DEFINICIÓN

Existen dos tipos principales de tendinopatías: las producidas por el atrapamiento tendinoso y estenosis de la vaina (dedo en resorte, De Quervain...) y las verdaderas tenosinovitis inflamatorias o proliferativas que presentan sinovitis invasiva y difusa asociada a artritis reumatoide, depósitos de cristales, amiloidosis, infecciones... Estas últimas no constituyen una enfermedad profesional, son menos frecuentes y están asociadas a erosión y posible ruptura de tendones.

La tenosinovitis estenosante que causa un atrapamiento tendinoso en puntos muy concretos de engrosamiento de la vaina (poleas, correderas) no es en términos histopatológicos una tenosinovitis real. El deslizamiento repetido de los tendones por canales fibrosos, donde se produce gran variación angular del recorrido tendinoso sobre superficies duras puede causar hipertrofia y fibrosis de la vaina retinacular impidiendo el deslizamiento tendinoso, produciendo edema y atrapamiento de dicho tendón a cada lado del engrosamiento.

A nivel molecular se han observado: alteraciones de niveles de ciertas sustancias como el óxido nítrico y la prostaglandina E2, daño en fibras musculares por el consumo de ATP (Adenosín Trifosfato) y la liberación de radicales libres y, en modelo animal, expresión de genes propios de cartílago en tendones sometidos a estrés que podrían explicar la metaplasia fibrocartilaginosa de las poleas observada en estudios histopatológicos.

EVIDENCIA CIENTÍFICA:

No se conoce exactamente la etiología de este tipo de tendinopatías, pero sí existe evidencia de factores predisponentes que se valorarán en cada apartado. Además, de manera común, se ha demostrado asociación de factores psicosociales con este tipo de patologías: ansiedad, estrés laboral, tipo de personalidad A, satisfacción laboral... Existe una asociación de varias patologías que apuntan a algún tipo de predisposición sistémica desconocida: epicondilitis, bursitis subacromial, dedo en resorte, De Quervain, síndrome de túnel del carpo...

De manera observacional se asocian la fuerza empleada, las posiciones forzadas de trabajo de la muñeca y un alto número de repeticiones con una mayor sintomatología dolorosa de muñeca y mano, aunque no se ha demostrado relación causal con ninguna patología concreta a día de hoy.

FORMAS CLÍNICAS

1.- TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE DE QUERVAIN:

Afecta a la primera corredera extensora de la muñeca que contiene los tendones del abductor largo del pulgar (*abductor pollicis longus*–APL) y extensor corto del pulgar (*extensor pollicis brevis*–EPB). Se produce una estenosis del canal osteofibrosinovial situado a nivel de la estiloides radial.

- **Epidemiología:**

Es la más frecuente de las tendinopatías extensoras de muñeca y dedos y la segunda en frecuencia tras el dedo en resorte.

Es de 6 a 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres, existiendo además una clara relación con el embarazo y el postparto. Se presenta especialmente en pacientes de 30 a 50 años. Esta patología se asocia con otras enfermedades: síndrome de túnel carpiano y dedo en resorte. Existe también relación con los tratamientos con fluorquinolonas.

- **Etiopatogenia:**

Anatómicamente se ha observado la existencia de tendones supernumerarios y de tabiques dentro de la corredera de manera muy frecuente en los pacientes intervenidos. Estos hallazgos apoyan la teoría clásica de que el compromiso de espacio es el causante de esta patología.

Biomecánicamente se postula que es provocada de manera estática: pinza fuerte mantenida, o de manera dinámica por movimientos de repetición: flexo-extensión y abducciones del pulgar y movimientos radiocarpianos de desviación radio-cubital, (martillear).

- **Clínica:**

Los pacientes presentan de manera progresiva y agravada con las actividades repetidas o posturas forzadas: inflamación, dolor en zona radial de la muñeca y pérdida de fuerza. Con el tiempo el dolor ocurre también en reposo, volviéndose constante.

- **Diagnóstico:**

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque puede indicarse pruebas de imagen para descartar otras causas (radiografía simple, ecografía o resonancia magnética):

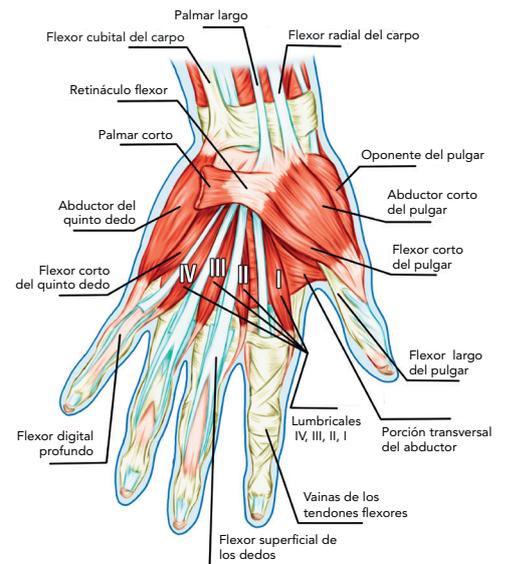


Figura 1: Anatomía músculo tendinosa de la mano



- **Inspección:** Inflamación de primera corredera situada en estiloides que sigue trayecto tendinoso.
- **Palpación:** Dolor localizado en zona radial de muñeca (estiloides), posible palpación de corredera endurecida o de acúmulo de líquido en vaina tendinosa antes y después de la corredera.
- **Rango articular:** Conservado, pero en fases avanzadas puede haber limitación de rangos extremos de abducción y extensión, así como dolor que impida la flexión completa. Los rangos articulares de forma pasiva no deben afectarse.
- **Maniobras exploratorias:** Como es habitual en las tendinitis o tendinosis sintomáticas, se reproduce el dolor al realizar el estiramiento del tendón o los tendones afectos y al solicitar la contracción muscular correspondiente contra resistencia. En este caso:
 - **Finkelstein, maniobra clásica:** el dolor se provoca mediante una desviación cubital de la muñeca con flexión completa del 1er dedo y el pulgar cubierto por el resto de los dedos. Baja especificidad (0,14) aunque alta sensibilidad (0,89). Esta posición pone a muñeca que pueden resultar dolorosos.
 - **Test de Brunelli:** más específico, se realiza con la muñeca en flexoextensión neutral, desviación radial y extensión y abducción forzada del pulgar.
 - El "Gold standard" para el diagnóstico es que se resuelva la clínica con la cirugía de liberación del 1^{er} compartimento.



Video 1: Signo de Finkelstein

<https://www.youtube.com/watch?v=CQIW1Pt3XVM>

• **Tratamiento:**

- En un primer momento se inicia tratamiento conservador con:
 - Fisioterapia, férulas de reposo y AINE.
 - Infiltraciones (corticoide y anestésico) con un 80%-90% de resolución. Este tratamiento no está exento de complicaciones: necrosis grasa, atrofia subcutánea, despigmentación, infección, enrojecimiento de la zona, rotura del tendón...
- De mantenerse el dolor tras 2 a 6 semanas de tratamiento conservador y reposo, se indica la cirugía, que consiste en la liberación del compartimento.

2.- DEDO EN RESORTE O TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DIGITAL:

Se afecta la vaina retinacular de los tendones flexores a nivel de la cabeza de los metacarpianos (polea A1). El engrosamiento de la misma produce dificultad para el recorrido de los flexores que resulta más evidente en el agarre con fuerza. Aunque el bloqueo se sitúa a nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF), con frecuencia paciente y médico localizan por error el problema en la



Figura 2: Dedo en resorte

articulación interfalángica proximal (IFP) por la actitud en flexión que adopta esta articulación cuando está bloqueada.

- **Epidemiología:**

Es más frecuente en mujeres (2 a 6 veces más) y en la mano dominante. El dedo más afectado es el 1º, seguido del 4º, 3º, 5º y finalmente el 2º. Existen dedos en resorte secundarios a otras patologías con peor pronóstico que los idiopáticos: diabetes mellitus, gota, insuficiencia renal, artritis reumatoide y otras artropatías inflamatorias.

- **Etiopatogenia:**

Se han asociado movimientos de flexión de los dedos repetida o de agarre fuerte que suponen un apoyo en la palma de la mano del utensilio o herramienta, a la aparición de esta patología. Sin embargo, no se ha demostrado un patrón de distribución distinto o precoz de esta patología en personas con trabajos manuales frente a la población general.

- **Clínica:**

La siguiente clasificación modificada por Green DP en 1997 permite la realización de un seguimiento clínico sencillo de la gravedad:

- **GRADO I** (previo al resorte): dolor, historia de atrapamiento, pero este no es demostrable en consulta, dolor en A1.
- **GRADO II** (activo): Atrapamiento del tendón valorable en consulta, pudiendo el paciente desbloquear y extender el dedo activamente.
- **GRADO III** (pasivo):
 - IIIA: el dedo se engatilla y es necesaria la extensión pasiva (con la otra mano) para desbloquearlo.
 - IIIB: Imposibilidad de la flexión activa del dedo.
- **GRADO IV** (Contractura): Atrapamiento del tendón valorable en consulta con contractura en flexión no reductible de la IFP.

- **Diagnóstico:**

El diagnóstico es clínico. Puede solicitarse ecografía si existen dudas:

- **Inspección:** Puede existir callosidad de la piel en la palma de la mano.
- **Palpación:** Dolor localizado en el pliegue palmar de la mano en línea con el dedo afecto. Puede palparse una tumoración dura en ocasiones.
- **Rango articular:** Puede existir limitación de la extensión de la MCF y de la IFP o interfalángica en 1º dedo.



- **Maniobras exploratorias:** Al solicitar la flexión completa de los dedos seguida de la extensión, el dedo afecto quedará "engatillado" en flexión siendo necesaria una manipulación suave para forzar la extensión que ocurre con un chasquido doloroso, de ahí el nombre de "dedo en resorte o en gatillo".

- **Tratamiento:**

El tratamiento conservador con ortesis o inyección de corticoesteroides, así como el reposo, es la primera elección en estos pacientes. De haberse infiltrado y precisar finalmente cirugía, se recomienda que pase un mínimo de 6 semanas desde la infiltración para asegurarse de que la cicatrización no se vea afectada. La cirugía consiste en la apertura de la polea A1.

3.- TENOSINOVITIS DEL EXTENSOR LARGO DEL PULGAR (*extensor pollicis longus*-EPL):

Muy poco frecuente por causas ajenas a la artritis reumatoide o a fractura de radio distal previa. Existe un riesgo de ruptura tendinosa por lo que su diagnóstico y cirugía o tratamiento de la causa es urgente.

- **Clínica:**

Dolor a la flexoextensión repetida del 1^{er} dedo relacionado con las actividades laborales o con un antecedente de fractura de radio distal (más frecuente en las tratadas de manera conservadora).

- **Diagnóstico:**

El diagnóstico es clínico. Puede solicitarse ecografía si existen dudas:

- **Inspección:** La inflamación de la vaina puede ser visible en el dorso de la muñeca.
- **Palpación:** Dolor localizado en recorrido de EPL, concretamente a nivel de la prominencia ósea del radio llamada tubérculo de Lister, donde el EPL realiza un cambio de dirección.
- **Rango articular:** Puede existir debilidad o limitación para la extensión completa del 1^{er} dedo de manera activa o la flexión completa del mismo de manera activa. Los rangos articulares de forma pasiva no deben afectarse.
- **Maniobras exploratorias:** Como es habitual en las tendinitis o tendinosis sintomáticas, se reproduce el dolor al realizar el estiramiento del tendón o los tendones afectados y al solicitar la contracción muscular correspondiente contra resistencia.

En este caso:

- Dolor con la flexión de la muñeca acompañada de flexión completa del 1^{er} dedo (Estiramiento del tendón afecto).
- Dolor a la extensión contra resistencia del 1^{er} dedo en adducción.

- **Tratamiento:**

- Puede iniciarse un **tratamiento conservador** (reposo, medidas anti-inflamatorias locales) si no hay una causa de roce subyacente franca (material de síntesis o fractura previa).



- En caso de no mejoría rápida, se indicará la **cirugía**: liberación de la 3ª corredera, retirada de material de síntesis si lo hubiera, limado de irregularidades óseas responsables y posible transposición del tendón a tejido subcutáneo.

4.- SÍNDROME DE LA INTERSECCIÓN O TENOSINOVITIS DE LA SEGUNDA CORREDERA:

A pesar de no estar contemplada como enfermedad profesional actualmente, esta patología es la que de manera más llamativa provoca crepitación franca en pacientes con movimientos repetidos de flexo-extensión en las muñecas ya sea por actividades laborales, deportivas o musicales (tocar la batería, manejo de una silla de ruedas...).

Existe una inflamación localizada en cruce de la 1ª corredera (APL y EPB) con la 2ª corredera (extensor radial corto del carpo: Extensor *Carpus Radialis Brevis*–ECRB y extensor radial largo del carpo: Extensor *Carpus Radialis Longus*–ECRL). Clásicamente se asociaba al roce de los vientres musculares entre la 1ª y 2ª correderas, otras teorías apuntan a una verdadera tenosinovitis de la 2ª corredera.

- **Clínica:**

Al ser esta una verdadera tenosinovitis, existe un proceso inflamatorio que provoca la clásica crepitación con sensación a la palpación y al oído de pisar nieve. Dolor y tumefacción en los vientres musculares del abductor largo del primer dedo (APL) y extensor corto del 1er dedo (EPB), ambos se integran al pasar a tendón, en la primera corredera. El dolor es provocado por un movimiento de flexo-extensión de muñeca repetido. Comienza asociado con actividades y con el tiempo puede aumentar su duración e intensidad provocando dolor también en reposo.

- **Diagnóstico:**

El diagnóstico es clínico. Puede solicitarse ecografía si existen dudas:

- **Inspección:** La inflamación puede ser visible en el dorso de la muñeca.
- **Palpación:** Dolor localizado en el cruce del EPL con el 2º compartimento extensor (dorso de la muñeca, lado radial a unos 5-7cm del pliegue articular). Al colocar la mano en esa zona y pedir al paciente que realice flexoextensiones repetidas de la muñeca, se produce una crepitación con sonido de “pisada en la nieve”.
- **Rango articular:** Puede existir limitación de la extensión activa de muñeca y 1er dedo. Los rangos articulares de forma pasiva no deben afectarse.
- **Maniobras exploratorias:** Como es habitual en las tendinitis o tendinosis sintomáticas, se reproduce el dolor al realizar el estiramiento del tendón o los tendones afectados y al solicitar la contracción muscular correspondiente contra resistencia. En este caso:
 - Dolor con la flexión con pronación de la muñeca en el dorso radial.
 - Dolor a la extensión de la muñeca contra resistencia.

- **Tratamiento:**

- **Conservador:** inmovilización con ortesis con 15º de extensión de muñeca y corrección de hábitos o de técnica. Si no existe mejoría, puede realizarse una infiltración con corticoides en el 2º compartimento.



- De no haber mejoría, puede optarse por un **tratamiento quirúrgico**: liberación de la 2ª corredera.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Si bien el diagnóstico es fundamentalmente clínico, en caso de duda pueden ser de ayuda los siguientes exámenes complementarios:

- **Ecografía:** Si hay dudas con la clínica, esta prueba suele confirmar los diagnósticos por la situación superficial de las estructuras estudiadas. Es además dinámica, barata y útil para realizar valoración y seguimiento de estructura tendinosa, cantidad de líquido en la vaina, etc.
- **Radiografía Simple:** Necesaria si existe traumatismo previo para descartar otras causas y si se sospecha artrosis subyacente en articulaciones vecinas (sobre todo en De Quervain).
- **Resonancia Magnética:** Útil para el diagnóstico de la tenosinovitis, la inflamación y el líquido sinovial a nivel de la vaina de los tendones, el engrosamiento de las poleas y por supuesto para descartar otras patologías.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:

1.- DOLOR RADIAL DE MUÑECA (distinó de la tenosinovitis estenosante de De Quervain):

- **Origen óseo:** Estiloiditis radial por exostosis o reacciones periósticas, consolidaciones en posición viciosa de la extremidad distal del radio y pseudoartrosis de escafoides. Anamnesis detallada y radiografías simples.
- **Origen articular:** Con malformaciones congénitas, esguinces de los ligamentos trapeciometacarpianos y artrosis en el lado radial del carpo (escafoestiloidea, trapecioescafoidea o trapeciometacarpiana), que pueden coexistir por tener características demográficas similares. Anamnesis detallada, radiografías simples y, si se precisa, resonancia magnética.
- **Origen tendinoso:**
 - **Tendinitis del braquiorradial:** el dolor suele acentuarse con la supinación contrariada.
 - **Tendinitis del extensor pollicis longus:** si este tendón discurre por fuera de su corredera habitual, su tenosinovitis puede prestarse a confusión.
 - **Síndrome de Intersección.**
- **Origen nervioso:** Síndrome de Wartenberg (neuropatía compresiva de la rama sensitiva del nervio radial), más proximal, en la confluencia del braquiorradial con el extensor radial largo del carpo (ECRL).

2.- Ante la PÉRDIDA DE MOVILIDAD DE UN DEDO (causa distinta al dedo en resorte):

- **Roturas tendinosas:** heridas, antecedentes reumatológicos, fracturas de radio.



- **Enfermedad de Dupuytren:** imposibilidad de extensión por contractura establecida fibrótica de la fascia. Se palpan cordones fibrosos que tardan años en establecerse.
- **Fractura:** antecedente de traumatismo, radiografía simple...

3.- Ante DOLOR Y CREPITACIÓN EN ZONA DORSAL DEL RADIO (causa distinta a tenosinovitis de EPL o de síndrome de la intersección):

- **Fractura de radio:** antecedente de traumatismo, radiografía simple.
- **Ganglión:** ecografía o resonancia.
- **Infeción:** antecedente de herida, signos flogóticos, analítica...

VULNERABILIDAD

- **La tenosinovitis estenosante De Quervain** se origina a cualquier edad y es más frecuente en la mujer, principalmente durante el embarazo y el posparto. También puede asociarse a artritis reumatoide, artritis psoriásica y otras enfermedades de la sinovial.
- **El dedo en resorte** puede asociarse a diabetes mellitus, enfermedades reumáticas, edad entre 40 y 60 años, gota, hipotiroidismo y a microtraumatismos de repetición.

Es más frecuente en la mano dominante y en el primer, tercer y cuarto dedos: predomina en las mujeres.

- **La tenosinovitis del extensor largo del primer dedo** puede producirse tras una fractura de radio distal tratada de forma conservadora o como complicación de las osteosíntesis de las fracturas de la extremidad distal del radio.
- **El síndrome de intersección** es frecuente en pacientes que realizan cargas en flexoextensión del carpo.

Son tareas con mayor vulnerabilidad las que requieren movimientos repetidos o mantenidos de los tendones extensores y flexores de la mano y los dedos, movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca o de aprehensión de la mano, o bien de un apoyo prolongado del carpo o de una presión mantenida o repetida sobre el talón de la mano.

ACTIVIDADES DE RIESGO MÁS FRECUENTES IDENTIFICADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Estas patologías de muñeca y mano se incluyen entre las enfermedades provocadas por posturas forzadas, movimientos repetitivos, fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.

CONDICIONES DE RIESGO:

La condición de riesgo viene determinada por los siguientes factores: repetitividad, postura, fuerza, recuperación (descansos), duración, presión mecánica y características de las herramientas:



Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca.

ACTIVIDADES DE RIESGO:

Dado el carácter abierto, en lo que a la actividad se refiere, del Real Decreto 1299/2006, estarían incluidas todas aquellas actividades profesionales en las que quedara acreditada la exposición suficiente al riesgo y no se documentara ningún factor extralaboral que hubiera actuado con entidad suficiente para constituir la causa principal.

Deberá valorarse la posibilidad de riesgo profesional para la **tenosinovitis estenosante de De Quervain** en la realización de tareas manuales repetitivas, como hacer punto, trabajos como envasadores, lavanderas, tareas de montaje.

Igualmente, se deberá valorar la posibilidad de riesgo profesional **para dedo en resorte** en: realización de tareas manuales que supongan traumatismos reiterados sobre la palma de la mano o actividades repetitivas con flexiones importantes de los dedos en garra, por ejemplo; carniceros, planchadoras, etc.

Nivel de exposición: exigencia ocupacional documentada de movimientos repetitivos, forzados o con exigencia de fuerza en muñeca y mano.

En cuanto a los **límites de exposición**, no están bien definidos. Orientativamente pueden establecerse niveles de riesgo en movimientos repetitivos con acciones de fuerza superior a 1 Kg o con frecuencias de ciclos superiores a 20/minuto (10/minuto si se asocian a acciones de fuerza de presa manual).

AGENTES Y ACTIVIDADES DE RIESGO LISTADAS EN EL RD 1299/2006

El **RD 1299/2006, de 10 de noviembre**, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social, recoge en el grupo 2 del anexo I. las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

La patología de muñeca y mano—tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo—se encuentra recogida con el código 2D0301.

AGENTES, SUBAGENTES Y ACTIVIDADES PROFESIONALES CON RIESGOS PARA LA TENDINITIS DEL ABDUCTOR LARGO Y EXTENSOR CORTO DEL PULGAR (T. DE QUERVAIN), TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DIGITAL (DEDO EN RESORTE), TENOSINOVITIS DEL EXTENSOR LARGO DEL PRIMER DEDO INCLUIDAS EN EL ANEXO I, GRUPO 2, DEL RD 1299/2006 DE 10 DE NOVIEMBRE

AGENTE

Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.



AGENTES, SUBAGENTES Y ACTIVIDADES PROFESIONALES CON RIESGOS PARA LA TENDINITIS DEL ABDUCTOR LARGO Y EXTENSOR CORTO DEL PULGAR (T. DE QUERVAIN), TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DIGITAL (DEDO EN RESORTE), TENOSINOVITIS DEL EXTENSOR LARGO DEL PRIMER DEDO INCLUIDAS EN EL ANEXO I, GRUPO 2, DEL RD 1299/2006 DE 10 DE NOVIEMBRE

SUBAGENTE	Muñeca y mano–tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo.
ACTIVIDADES DE RIESGO	Todas aquellas actividades en las que se produzca exposición suficiente y acreditada a posturas forzadas y movimientos repetitivos, y especialmente: 2D0301: Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca. .

REPERCUSIÓN

INCAPACIDAD LABORAL

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Indicada hasta la remisión del dolor, recuperación funcional y exploración negativa.

En caso de persistencia sintomática, la ausencia de hallazgos patológicos en las pruebas de imagen después del tratamiento debe considerarse alta laboral.

En caso de requerir tratamiento quirúrgico: está indicada la Incapacidad Temporal (IT) hasta recuperación funcional tras el mismo. Al tratarse de liberación de tendones y no de nervios, el tiempo de recuperación tan solo precisa una buena cicatrización de partes blandas, pero no una reinervación por lo que los tiempos de recuperación son menores que en aquellas patologías en las que existe atrapamiento de nervios. Por tanto, el alta laboral no debe demorarse más de 3 meses tras una liberación realizada sin complicaciones.

Se define como **Tiempo Estándar (TE) de Incapacidad Temporal** el “*tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria de la persona afectada*”.

Se define como **Tiempo Óptimo de Incapacidad Temporal** “*el tiempo estándar de IT ajustado por edad y ocupación*”.

Se recogen a continuación los días estimados (*Tiempo Estándar*) de Incapacidad temporal por proceso de acuerdo con el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del Instituto Nacional de la Seguridad Social:



- Dedo en gatillo (CIE-10 M65.3): 20 días.
- Tenosinovitis de estiloides radial (de De Quervain) (CIE-10 M65.4): 20 días.
- Otros tipos de sinovitis y tenosinovitis, mano (CIE-10 M65.84): 20 días.

INCAPACIDAD PERMANENTE:

Es excepcional que estas patologías deriven en incapacidad permanente.

Podría ocurrir en caso de complicaciones quirúrgicas importantes o el desarrollo de una algoneurodistrofia persistente rebelde al tratamiento; en ambos casos existirán hallazgos patológicos en las pruebas complementarias junto a una exploración clínica compatible.

Podría contemplarse la **incapacidad permanente total** para actividades manuales con requerimientos biomecánicos origen de estas patologías profesionales. Cuanto más tiempo lleve instaurada la algoneurodistrofia y mayores sean los hallazgos de dermolipomioatrofias y rigidez de las articulaciones de la mano, menor probabilidad de recuperación *ad integrum* (tenerlo en cuenta a la hora de plantear una revisión de oficio por mejoría).

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Calificación de las tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo como enfermedad profesional:

Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas:

Muñeca y mano: Tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo.

2D0301 "Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca".

Y además:

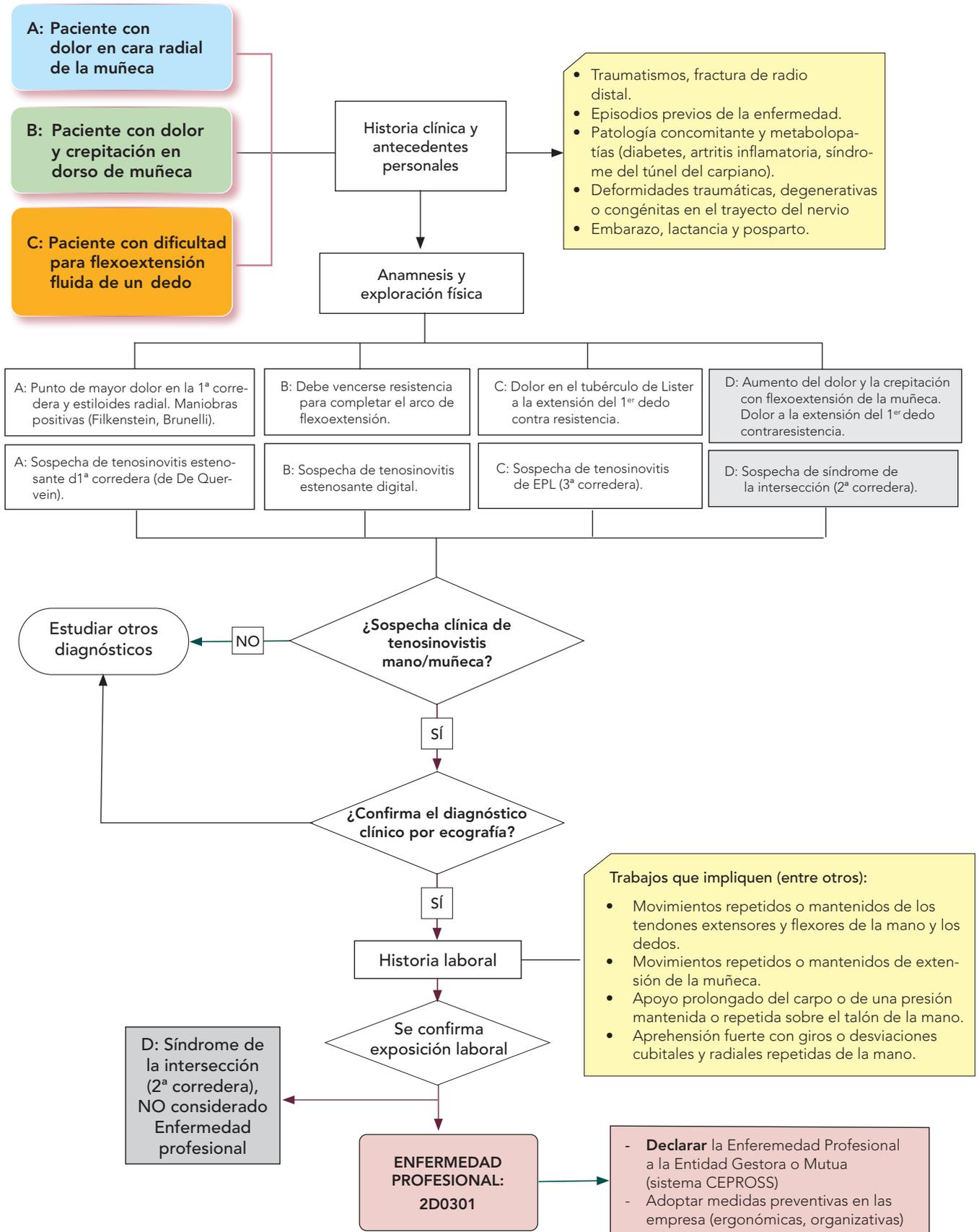
- Confirmación de la enfermedad mediante exploración clínica y, si es posible, estudios funcionales o de imagen.
- Antecedentes de Manejo de objetos de más de 1 Kg, más de 10 objetos manipulados por minuto o más de 20 repeticiones por minuto.
- Tiempo de exposición mínima y de latencia de días¹.

¹Avisos informativos sobre enfermedades profesionales: una guía para el diagnóstico, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009.



- Correspondencia del cuadro clínico con la exposición, analizada mediante métodos de evaluación ergonómica de la postura y movimientos de la mano y muñeca.
- Ausencia de patología en la zona de causa no laboral.

ALGORITMO DE DECISIÓN





BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). Protocolos de vigilância sanitária específica. Movimientos repetidos de miembro superior.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). Protocolos de vigilância sanitária específica. Posturas forzadas.
- Villalba Tejero JA, Delgado Martínez D y Delgado Serrano, PJ. La muñeca dolorosa. Reumatismos de la muñeca y mano. En Cirugía Ortopédica y Traumatología 2019. Ed. Médica Panamericana (Madrid) págs. 482-487.
- Blanca de Gispert Uriach, Nuria Turmo Tristán. Fistera, guías clínicas 2007. Consultado en: <http://www.fistera.com/fisterae/movil/guias.asp?idGuia=502>.
- Guillén C, Ortega M. (2008) ¿Es enfermedad profesional? Criterios para su clasificación. Pych & Asociados, S.L.Cap. 6: 429.
- M.F. Serrano Gisbert. , A. Gómez Conesa. Alteraciones de la mano por traumas acumulativos en el trabajo Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, Consultado en http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=80.39.51.52&articuloid=13063603&revistaid=176.
- Nagaoka M, Matsuzaki H, Suzuki T. Ultrasonographic examination of de Quervain's disease. J Orthop Sci 2000;5(2):96-9.
- M. Arilla Castilla. Manual SETLA. Conceptos Prácticos en Traumatología y Medicina Laboral, paginas 370-378. © Copyright Contenidos: Autores © Copyright Edición 2017: GRÜNENTHAL PHARMA S.A. ISBN: 978-84-16813-28-5.
- Antonio Cancelo. Hospital Victoria Eugenia Cruz Roja- Sevilla.
- <https://hospitalveugenia.com/comunicacion/consejos-de-salud/dedos-en-resorte-gatillo-tenosinovitis-estenosante-digital-traumatologo/>.
- Llusá M et al. Manual y atlas fotográfico de anatomía del aparato locomotor. Ed. Médica Panamericana, 2007.
- Javier Vaquero Ruiperez. <http://www.drvaquero.com/tenosinovitis-quervain/>.
- Dunn JC, Polmear MM, Nesti LJ. Dispelling the Myth of Work-Related de Quervain's Tenosynovitis. J Wrist Surg. 2019 Apr;8(2):90-92. doi: 10.1055/s-0039-1677741. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30941245; PMCID: PMC6443382.
- Ahuja and Chung / Fritz de Quervain, MD. The Journal of Hand Surgery / Vol. 29A No. 6 November 2004.
- Kutsumi et al / Finkelstein's Test. The Journal of Hand Surgery / Vol. 30A No. 1 January 2005.
- Dhuria R, Mehta V, Suri RK, Rath G. Anomalous composition of musculature of the first dorsal fibro-osseous compartment of the wrist. Singapore Med J. 2012 Jun;53(6):e133-5. PMID: 22711053.



- Jackson et al. Anatomical Variations in the First Extensor Compartment of the Wrist. A Clinical and Anatomical Study: J Bone J Surg 1986;68-A:923-6.
- Celester Barreiro G. "Tendinopatía de De Quervain. Revisión de conceptos" Rev. Iberam. Cir. Mano – Vol. 37 • Núm. 2 • Noviembre 2009.
- Scheller A, Schuh R, Hönle W, Schuh A. Long-term results of surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis. Int Orthop. 2009 Oct;33(5):1301-3. doi: 10.1007/s00264-008-0667-z. Epub 2008 Oct 28. PMID: 18956185; PMCID: PMC2899112.
- Stahl S, Vida D, Meisner C, Lotter O, Rothenberger J, Schaller HE, Stahl AS. Systematic review and meta-analysis on the work-related cause of de Quervain tenosynovitis: a critical appraisal of its recognition as an occupational disease. Plast Reconstr Surg. 2013 Dec;132(6):1479-1491. doi: 10.1097/01.prs.0000434409.32594.1b. PMID: 24005369.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE-A-2015-11724.
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE-A-2006-22169.
- INSS. Guía de Ayuda para la Valoración de las Enfermedades Profesionales (cuarta edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social, NIPO: 122-21-003-5.
- INSS. Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social. 4ª edición. Madrid. 2018. NIPO: 271-17-089-X.



MEDIOS AUDIOVISUALES

Video 1: HGUCRresisCOT. Test de Finkelstein [video en internet]. Youtube. [citado 19 de junio de 2022]. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=CQIW1Pt3XVM>.



FIGURAS

Figura 1: Anatomía del sistema muscular mano, autor: Stihii, propiedad de Depositphoto (<https://sp.depositphotos.com/14152005/stock-photo-anatomy-of-muscular-system-hand.html>).

Figura 2: Mujer con condición de dedo gatillo sobre fondo claro, autor: NewAfrica, propiedad de Depositphoto (<https://sp.depositphotos.com/548083770/stock-photo-woman-trigger-finger-condition-light.html>).



TÍTULO

Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales. Trastornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior: Tendinitis del Abductor Largo y Extensor Corto del pulgar (T. de De Quervain), Tenosinovitis Estenosante Digital (Dedo en resorte), Tenosinovitis del Extensor Largo del primer dedo.

AUTOR

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

ELABORADO POR

Sociedad Española de Traumatología Laboral

Dr. José Manuel Méndez López. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T.). Jefe clínico de la unidad de mano y nervio periférico. Clínica MC-mutual. Barcelona.

Dr. Javier Vaquero Ruipérez. Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T.). Jefe del Equipo Quirúrgico Mutua Universal. Hospital N^o Señora del Rosario. Madrid.

Dra. Lara Blasco Velázquez. Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T.). Equipo Quirúrgico Mutua Universal. Hospital N^o Señora del Rosario. Madrid.

REVISIÓN

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Dr. Carlos Matarrubia Prieto. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Médico evaluador del INSS (Dirección Provincial de Madrid).

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)

Dr. Jesús Ledesma de Miguel. Licenciado en Medicina y Cirugía. Jefe Unidad Técnica de Formación y Salud Laboral. Centro Nacional de Medios de Protección.

Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo (AEEMT)

Dr. Guillermo Soriano Tarín. Especialista en Medicina del Trabajo. Coordinador del grupo funcional de Promoción de la Salud de la AEEMT.

COORDINACIÓN DE LA PUBLICACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III (ENMT-ISCIII)

Dra. M^a Jesús Terradillos García. Especialista en Medicina del Trabajo. Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)

Dr. Jerónimo Maqueda Blasco. Especialista en Medicina del Trabajo. Director del Departamento de Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



EDITA

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.
C/ Torrelaguna 73, 28027 Madrid
Tel. 91 363 41 00, fax 91 363 43 27

www.insst.es

MAQUETACIÓN

Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST

EDICIÓN

Madrid, noviembre 2022

NIPO (EN LÍNEA)

118-22-047-9

HIPERVÍNCULOS

El INSST no es responsable ni garantiza la exactitud de la información en los sitios web que no son de su propiedad. Asimismo la inclusión de un hipervínculo no implica aprobación por parte del INSST del sitio web, del propietario del mismo o de cualquier contenido específico al que aquel redirija.



Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado:

<http://cpage.mpr.gob.es>

Catálogo de publicaciones del INSST :

<http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>

