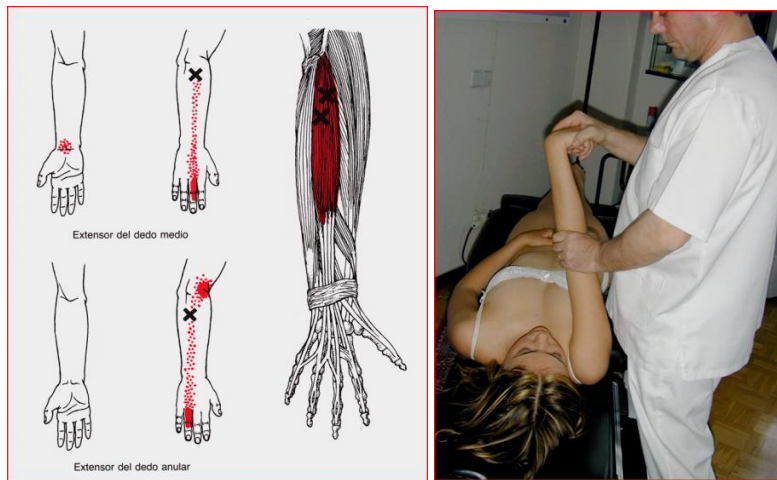
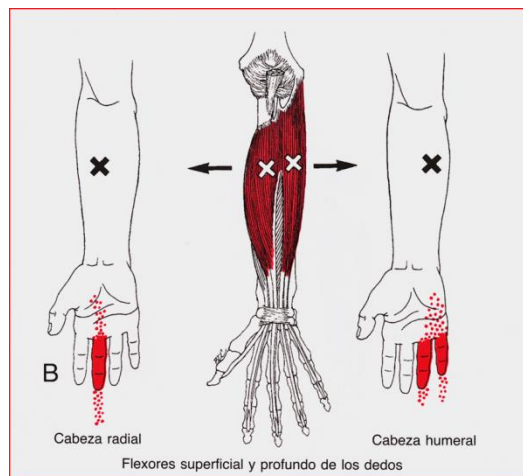


PATOLOGÍA MUSCULAR

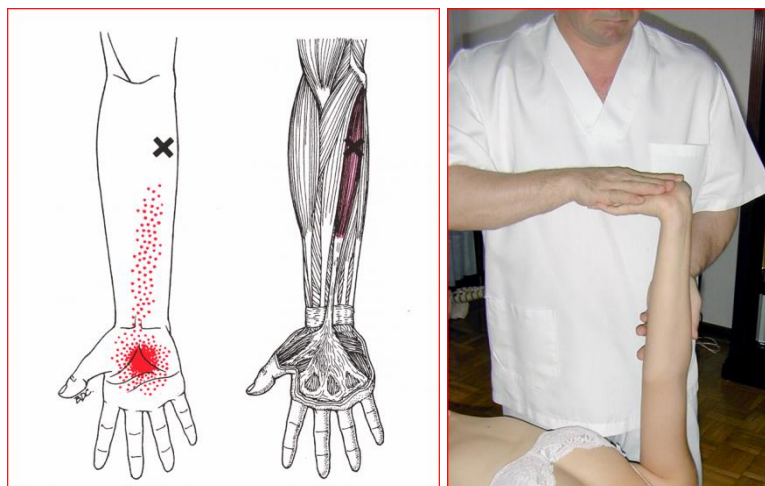
EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS



FLEXOR COMÚN SUPERFICIAL



PALMAR MAYOR Y CUBITAL ANTERIOR



LAS TENDINITIS:

TENDINITIS INTERÓSEA:

Afecta principalmente a los músicos.

Los movimientos de abducción-aducción de los dedos, estiran los ligamentos interóseos entre las cabezas de los metacarpianos.

Hay dolor en las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos durante los movimientos de flexo extensión y de abducción contra resistencia.

TENDINITIS DEL FLEXOR CUBITAL DEL CARPO (CUBITAL ANTERIOR):

En la zona del pisiforme existe un dolor referido hacia la parte interna del codo. El dolor se reproduce a la flexión contra resistencia de la muñeca en inclinación cubital.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

A distancia: Hay que verificar la columna cervical, comprobar si existe neuralgia cervicobraquial, evaluar los angiotomas. Habrá que investigar las zonas de inserción en el codo.

Local: Fisioterapia (electroterapia, crioterapia, U.S). Se aconseja el spray frío en el cubital anterior, técnicas de stretching, vendaje funcional para reposar el músculo y técnicas de articulación o bien thrust de los huesos del carpo para liberar adherencias locales.

TENSINOVITIS DE LA MUÑECA:

Son inflamaciones reaccionales de la vaina sinovial de los tendones de la muñeca, en relación con microtraumatismos profesionales (pianistas, costureras, secretarias, etc).

CUIDADO: A veces es el primer signo clínico de una poliartritis reumática en su etapa de comienzo.

TENOSINOVITIS CREPITANTE:

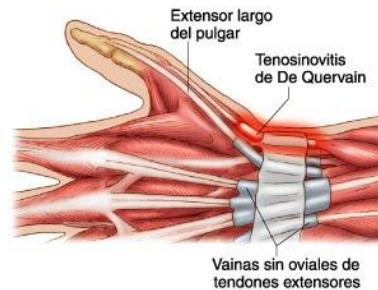
- Afecta a los tendones extensores, sobre todo:
- Extensor común de los dedos.
- Radiales.
- Abductor largo del pulgar.

SINTOMATOLOGÍA:

- Dolor en la cara dorsal de la mano con tumefacción.
- Dolor que aumenta a la contracción isométrica de:
- Extensión de los dedos (extensor común).
- Extensión de la muñeca en inclinación radial (radiales).
- Extensión y abducción del pulgar (abductor largo).
- Crepitación durante la movilización pasiva.

TENOSINOVITIS DEL PULGAR (ENFERMEDAD DE D'QUERVAIN)

Afecta a las mujeres después de los 40 años, y a menudo en forma bilateral.



- **Fisiopatología:**
 - Es una inflamación estenosante de la vaina común de los tendones del abductor largo del pulgar y extensor corto del pulgar, localizada en la zona de la estiloides radial.
 - El espesamiento y la estenosis de la vaina impiden el normal deslizamiento de los tendones. Entonces se produce la formación de un tejido fibroso o cartilaginoso con islotes de necrosis.
- **Sintomatología:**
 - Dolores en la cara externa de la muñeca, que irradia sobre el pulgar y el borde externo del antebrazo. A la palpación aumenta el dolor o se aprecia una tumefacción ovoide en la estiloides radial.
- **Test de Finkelstein:** Dolor durante la flexión pasiva del pulgar, asociado a una inclinación cubital. También aparece dolor durante los movimientos resistidos de abducción y extensión del pulgar.
 - Radiográficamente se observa una reacción perióstica o nada.

DEDO EN RESALTE

Existe un resalto del dedo durante la extensión de la metacarpofalángica con sensación de resistencia que cede.

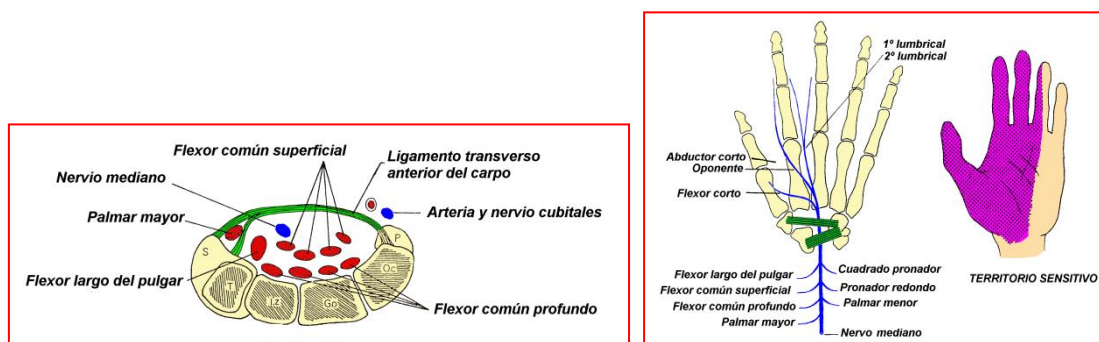
- **Fisiopatología:**
 - Nudosidad en el tendón flexor, por delante de la metacarpofalángica que choca, durante la extensión, impide el paso por el orificio de la vaina fibrosa prefalángica e impide el normal deslizamiento del tendón.
- **Sintomatología:**
 - El dolor es raro, el nódulo palpable y se puede observar un dedo con resalto.
- **Tratamiento:**
 - Incisión de la vaina.

TENOSINOVITIS DE LOS FLEXORES DE LOS DEDOS, SÍNDROME DEL CANAL CARPIANO

Es una inflamación de la vaina sinovial de los flexores del pulgar y del meñique, a menudo bilateral.

- **Fisiopatología:**

- El edema y la inflamación de las vainas provocan una compresión del nervio Mediano, bajo el ligamento anular anterior del carpo, que a menudo está más espeso. Existen asociadas fijaciones de los huesos del carpo.
- El nervio mediano es isquémico por la flexión / extensión de la muñeca (mecanismo vascular), por la flexión / extensión de los dedos que disminuye la luz del canal carpiano, o por aumento del tono del cubital anterior.
- A veces la causa del síndrome carpiano es como consecuencia de una fractura de Pouteau Colles o edema del embarazo.



- **Sintomatología:**

- Existe disminución de la fuerza muscular, sobre todo el abductor corto, oponente y flexor corto del pulgar.
- Hay parestesias en los tres primeros dedos y dolores nocturnos que despiertan al paciente que siente la necesidad de mover los dedos y sumergirlos en agua caliente para aliviarlos.
- El paciente refiere que se le caen los objetos; el test de Tinel es positivo, y a veces presenta amiotrofias de las eminencias tenar e hipotenar. Suele existir asociada, una cianosis de los tres primeros dedos.
- British test: Consiste en tomar la muñeca del paciente a nivel del carpo y apretar fuertemente durante un minuto. Si aparecen enseguida los síntomas, el test es positivo.
- Prueba de Phalen: Colocar las muñecas en flexión y apoyarlas entre sí, por el dorso.
- También se pueden evidenciar los síntomas, colocando las muñecas en extensión y mantenerlas durante un minuto.

- **Tratamiento:**

- En osteopatía se obtienen buenos resultados en el tratamiento del canal carpiano. El resultado va a depender de la fase en que se encuentre la patología carpiana.
- Es útil la aplicación de calor, ya que aumenta la vascularización y lucha contra la isquemia.

- Se realiza stretching del ligamento anular anterior del carpo y movilización de los huesos del carpo; para las adherencias, técnicas articulatorias.
- Se debe verificar la columna cervical y el codo. En el 80% de los casos, los problemas del canal carpiano comienzan con cervicalgias y con mucha frecuencia, el cuadro mejora con sólo manipular las cervicales. Luego habrá que reforzar los músculos hipotónicos.
- El tratamiento médico es a base de vitaminas del grupo B. El tratamiento quirúrgico consiste en abrir el ligamento anular para aumentar el diámetro.
- En la práctica, el canal carpiano se trata en 3 ó 4 semanas, si existe una mejoría del 60% se evita la cirugía. Si no mejora, es de resolución quirúrgica.
- En cuanto a las tenosinovitis en general, su tratamiento se podrá encarar de acuerdo al siguiente protocolo:
- **Fisioterapia:**
 - Electroterapia, U.S. crioterapia.
 - Vendaje funcional, técnicas con spray frío, fricciones sobre los tendones.
 - Restauración del juego articular.
 - Localmente: liberar las adherencias a nivel de los huesos el carpo.
 - A distancia: en cervicales, para actuar sobre la metámera. En hombro y codo, para suprimir las hipermovilidades.
 - Se pueden usar técnicas de articulación o de thrust.