

Taller de Infiltraciones (VI): Mano

Sergio Cinza Sanjurjo

Central de Coordinación 061. Santiago de Compostela

Francisco Javier Maestro Saavedra

SAP de Elviña-Mesoiro. A Coruña

Enrique Nieto Pol

SAP "Concepción Arenal". Santiago de Compostela

María Jesús Freiria Tato

SAP de Noia. A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 257-259

1. EXPLORACIÓN BÁSICA DE LA MANO:

Hemos de realizar.

- Anamnesis.
- Inspección.
- Medición.
- Palpación.
- Percusión.
- Movilidad.
- Determinación de grupos motores: Pruebas musculares.
- Determinación de la sensibilidad.
- Determinación de la fuerza.
- Pruebas de estabilidad: Maniobra de sobrecarga o de estrés.

La mano está compuesta por los huesos de las falanges, de los metacarpianos, del carpo, con sus correspondientes articulaciones, tendones, ligamentos, músculos y piel.

Una de los objetivos principales en la muñeca es conocer los huesos del carpo y sus relaciones:

En la muñeca hay 8 huesos del área radial (externa) hacia el área cubital (interna) encontramos:

En la fila proximal: Escafoides, Semilunar, Piramidal, Pisiforme

En la distal: Trapecio, Trapezoide, Grande, Ganchoso

La infiltración deberá realizarse siempre, en un ambiente relajado, con el paciente y el médico sentados cómodamente a una mesa, utilizando la esquina de esta, y siempre sobre el punto de máximo dolor.

2. PRINCIPALES PATOLOGÍAS PARA INFILTRAR

Valoramos las principales patologías en las que podemos utilizar como recurso terapéutico la infiltración. Cada una de ellas es la más representativa de diferentes tipos de patologías que podemos encontrar en la mano:

- Tenosinovitis estenosante: Tenosinovitis de Dequervain.
- Neuropatía por compresión: Síndrome del túnel carpiano.
- Artrosis: Rizartrosis

2.1. Tenosinovitis de Dequervain:

Es la inflamación de la vaina común del extensor corto y abductor largo del pulgar a su paso por la estiloides radial.

Es frecuente en mujeres entre los 30-50 años y en personas que realizan movimientos repetitivos de la muñeca, aunque a veces aparece de forma espontánea.

Cursa con dolor selectivo en la tabaquera anatómica y ocasionalmente se irradia a antebrazo. El paciente se queja de dolor al movilizar el pulgar o al realizar la pinza con la mano.

A la exploración destaca dolor con la desviación cubital pasiva de la muñeca o a la presión sobre la apófisis estiloides radial. También se desencadena dolor con la abducción y extensión resistida del pulgar. Es típica la prueba de Finkelstein positiva, es decir, dolor cuando hacemos la desviación cubital de la muñeca del paciente con la mano empuñada y el pulgar bajo los otros dedos. En ocasiones la región está visiblemente tumefacta. En los casos más severos puede existir una crepitación perceptible del tendón al mover el pulgar.

Técnica de infiltración:

- Mano en pronosupinación media del antebrazo, sujetando el pulgar.
- Localización de los tendones afectados realizando extensión y abducción resistida del pulgar. Palpación del punto de máximo dolor.
- Punto de entrada en la zona de más dolor en el trayecto de los músculos abductor largo y extensor corto del pulgar.
- Dirección de la aguja oblicua, casi paralela al plano cutáneo, en dirección al antebrazo. Si tenemos dudas acerca de la exactitud del lugar de inyección, separar la jeringa de la aguja y pedirle al

paciente que mueva el pulgar. Si la punta de la aguja está demasiado hundida en el tendón se desplazará con los movimientos del pulgar.

- Cuidado con la arteria radial.
- Aguja naranja, subcutánea (16/5).

Si la evolución de la tenosinovitis es de más de 6 meses suele ser rebelde a las infiltraciones locales y requiere una solución quirúrgica.

2.2. Síndrome del túnel carpiano

Es la neuropatía de compresión más frecuente. Se produce por la compresión del nervio mediano a su paso por el canal del carpo. Es frecuente en mujeres y la edad media de presentación es 40-60 años. En el 95% de los casos es bilateral.

La mayoría de los casos son idiopáticos, pero hay una variedad de condiciones que pueden predisponer a padecer este síndrome como aquellas causas que aumentan el volumen del canal o que disminuyen el espacio del mismo, o la realización de movimientos de flexo-extensión repetidos de la muñeca.

Cursa con dolor y parestesias en el territorio de distribución sensitiva del nervio mediano, es decir, en el primer, segundo, tercero y parte radial del cuarto dedo de la mano. El dolor puede irradiar a antebrazo, hombro y cuello. Es típico el dolor nocturno y de característica paroxísticas. En la progresión del cuadro puede existir una pérdida total de la sensibilidad y atrofia de la eminencia tenar.

El diagnóstico se hace al reproducir el dolor en la zona de distribución del nervio mediano a través de la exploración:

- **Signo de Tinel:** golpeando ligeramente sobre el túnel del carpo se produce dolor, entumecimiento y disestesias en la zona inervada por el mediano. Es positivo en el 60-70% de los casos.
- **Test de Phalen:** la hiperflexión de ambas muñecas durante 60 segundos produce adormecimiento y disestesias en la zona inervada por el mediano. Es positivo en el 80% de los casos.
- **Test de compresión carpal:** los síntomas se manifiestan cuando el examinador presiona sus pulgares sobre el túnel del carpo del paciente durante 30 segundos. Positivo hasta en el 90% de los casos.
- **Test de Flick:** ¿qué hace usted con las manos cuando los síntomas empeoran? El paciente hace el movimiento habitual que se ejecuta para bajar la temperatura de un termómetro. Es muy sensible y específico.

El diagnóstico se hace por la clínica, la exploración y la EMG, aunque la prueba diagnóstica más fiable no es la electromiografía sino el gran alivio producido por las infiltraciones locales adecuadas.

Técnica de infiltración:

- Mano en semiflexión dorsal con la palma hacia arriba.
- Localizar el músculo palmar mayor en la línea media de la muñeca.
- Localizar las dos líneas cutáneas de flexión de la muñeca.
- Se introduce la aguja entre las dos líneas, aproximadamente a 1 cm del pliegue distal de flexión de la muñeca, en el lado cubital del tendón del palmar mayor, en dirección oblicua hacia la palma (45-60°). Introducción de la aguja de aproximadamente 1 cm.
- Cuidado con las parestesias. El efecto secundario más frecuente es el entumecimiento pasajero del pulgar, el índice y la mitad del anular. Es pasajero y no tiene ninguna gravedad (aunque debemos de informar al paciente).
- Se utiliza una aguja subcutánea naranja, 16/5.

2.3. Rizartrosis

Artrosis de la articulación trapeciometacarpiana, que afecta sobre todo a mujeres y mayores de 50 años, y que con frecuencia se asocia a artrosis en otras articulaciones (interfalángicas distales). Se ha considerado una enfermedad de transmisión genética agravada por la sobreutilización de la articulación, aunque esto último no se puede confirmar.

Esta articulación es una de las pocas que constituye una indicación de infiltraciones cuando se trata de artrosis y no de artropatía inflamatoria.

Cursa con dolor de características mecánicas en la zona de la articulación, de intensidad variable, desde formas asintomáticas a otras con derrame articular y marcada limitación funcional. Mejora con el reposo y empeora con la movilidad activa del pulgar.

En la exploración destaca el aspecto de mano cuadrada por la subluxación radial de la base del primer metacarpiano que condiciona que la base del primer dedo se esconda bajo la palma. Se produce dolor a la presión en la cara anterior de la articulación trapeciometacarpiana y al empujar hacia atrás el pulgar en abducción. El movimiento contra-resistencia del pulgar y la muñeca no es doloroso al no ser una tenosinovitis. Crepitantes y crujidos asociados a movimientos.

El diagnóstico es clínico y radiológico.

Técnica de infiltración:

- Mano en pronosupinación media del antebrazo traccionando el pulgar.
- El punto de entrada se localiza en el punto de máxima sensibilidad dolorosa en la zona del vértice que forman la estiloides radial y el tendón extensor largo del pulgar, en la tabaquera anatómica.
- La dirección de la aguja es ligeramente oblicua y medial, hasta encontrar la interlínea.
- Aguja naranja, subcutánea (16/5).

3. OTRAS ARTICULACIONES QUE PUEDEN SER INFILTRADAS

La articulación radiocarpiana (afectada mas frecuentemente por la artritis reumatoide).

El sitio de infiltración es el hueco en forma de T entre la extremidad radial, el semilunar y el escafoides. Infiltración en ángulo de 60 grados dirigida hacia el radio con aguja subcutánea (naranja).

Aplicar férula durante 24 horas para limitar los movimientos de la muñeca.

La articulación radiocubital distal (afectación mas frecuente, la artritis reumatoide).

Las pequeñas articulaciones de los dedos.

Suele ser necesaria la infiltración en las poliartritis reumatoides con mala respuesta a tratamientos convencionales.

La técnica de infiltración es similar para todas las articulaciones, se flexiona la mano, a 45 grados, se localiza la línea interarticular, con la otra mano se separa el dedo del paciente y con la otra se pondrá la inyección a lo largo de la línea articular, tangencialmente a la articulación.

Posteriormente utilizar una férula para inmovilizar la articulación durante 24 horas.

No aplicar demasiadas inyecciones de una sola vez.

Se utiliza una aguja subcutánea (naranja).

4. QUISTES DE LA MUÑECA

Las vainas tendinosas de la muñeca y las articulaciones vecinas pueden presentar estructuras quísticas, llenas de sustancia transparente y gelatinosa, que es ácido hialuronico, que queda tras ser absorbido el resto del contenido líquido del quiste.

Suele ser prolongaciones bursiformes de las estructuras sinoviales con una válvula de comunicación, lo que no hace interesante infiltrarlos, ya que volverán a salir.

Como máximo se pueden aspirar, con una aguja gruesa, para reducir presión.

Lo mejor es researlos quirúrgicamente.