

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ENFERMEDAD DE DE QUERVAIN"  
(Conceptos actuales -Experiencias Quirúrgicas-)

LUIS ALBERTO AQUINO ALVARADO

Guatemala, Abril de 1972.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. SINOPSIS ANATOMICA DE LA REGION  
-VARIANTES ANATOMICAS-
- III. MOVIMIENTOS DE LA MUÑECA Y DEL PULGAR
- IV. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DEFINI  
CIONES, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE  
LA ENFERMEDAD DE DE QUERVAIN.
- V. CASUISTICA
- VI. DISCUSION
- VII. SUMARIO
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA.

## I N T R O D U C C I O N

El síndrome de De Quervain, constituye una entidad poco frecuente e importante por lo difícil de su diagnóstico, sobre todo, en médicos no familiarizados con la enfermedad, la cual puede llegar a producir grados de invalidez de acuerdo a su sintomatología, que inhiben o disminuyen la función del miembro afectado.

El médico general y especialmente el médico joven, puede confundir la con simples esguinces, fractura de la apófisis estilóidea radial, estado inicial de artritis reumatoidea, o con cualquier otra patología de la región. Por su poca frecuencia se le ha dado poco valor en las descripciones de algunos libros de cirugía ortopédica y general, encontrándose artículos escuetos y uno que otro con conceptos equívocos.

La finalidad de este trabajo es dar a conocer al médico general y sobre todo al médico joven, los conceptos actuales, experiencias y sugerencias de cirujanos ortopédistas de diferentes nacionalidades que se han preocupado de este desorden, así como las experiencias propias del asesor de éste trabajo.

En esta tesis se describirán entre otras cosas las clases de tratamiento al alcance del médico y el cirujano, así como un análisis comparativo de los mismos, haciendo énfasis en la experiencia quirúrgica, puesto que es la razón básica de este trabajo.

SINOPSIS ANATOMICA DE LA REGION  
-VARIANTES ANATOMICAS-

El túnel fascio-óseo que es el que nos interesa en esta tesis, está formado por las siguientes partes:

La apófisis estiloides del radio, prolongación de la cara externa del extremo inferior del radio dirigida verticalmente hacia abajo, de forma más o menos piramidal, en cuya base se inserta el músculo supinador largo; en tanto que al vértice lo hace el ligamento colateral externo de la articulación de la muñeca.

Por esta canal pasa el músculo abductor largo del pulgar, cuyo origen se encuentra en el tercio medio del radio y el cúbito, y en la membrana interósea posteriormente; para irse a insertar después de dirigirse hacia abajo, pasar por el canal de la apófisis estiloides radial; en la base del primer metacarpiano y del trapecio, teniendo a veces pequeñas inserciones en los huesos carpianos adyacentes, así como en el abductor corto del pulgar.

Su función como se sabe es abducción del pulgar y de la muñeca, contribuyendo a dar ligera flexión a la misma. También pasa por éste canal el extensor corto del pulgar, cuyo origen está en el radio por debajo del origen del músculo anterior y en la membrana interósea, insertándose en la parte posterior de la base, de la falange proximal, después de pasar sobre el canal de la apófisis estiloides radial; su acción es extensión del pulgar a nivel de la articu-

lación metacarpofalángica.

Ambos músculos están envueltos por una vaina fibrosa que es parte del ligamento carpiano posterior, también llamado retináculo-extensor. El ligamento dorsal carpiano como se sabe, está dividido por septas en seis compartimientos, siendo precisamente el primero ó el más externo el que contiene al músculo abductor largo del pulgar y al extensor corto del mismo dedo. (Ver Figura No. 1.).

El ligamento dorsal carpiano es oblicuo en dirección, tiene cuatro bordes y dos superficies. Los bordes superior e inferior son continuos con la fascia profunda, el borde medio está insertado en los huesos piramidal y pisiforme; el borde lateral está insertado en el extremo inferior aproximadamente en una pulgada de extensión, en el borde anterior del radio. Precisamente una de las septas, la más externa que forma el primer compartimiento, se va a insertar en el límite de la apófisis estiloides del radio, formando el canal fibro-óseo; en el corren éstos dos tendones cubiertos por una vaina, a veces con variantes que describimos a continuación. (Ver Figura No. 2).

#### VARIANTES ANATOMICAS:

Son numerosas las variaciones anatómicas en esta zona; varía tanto el punto de inserción del tendón largo del pulgar, como el número de tendones en la vaina. A veces éstos tendones se insertan más en sentido proximal y cubital que

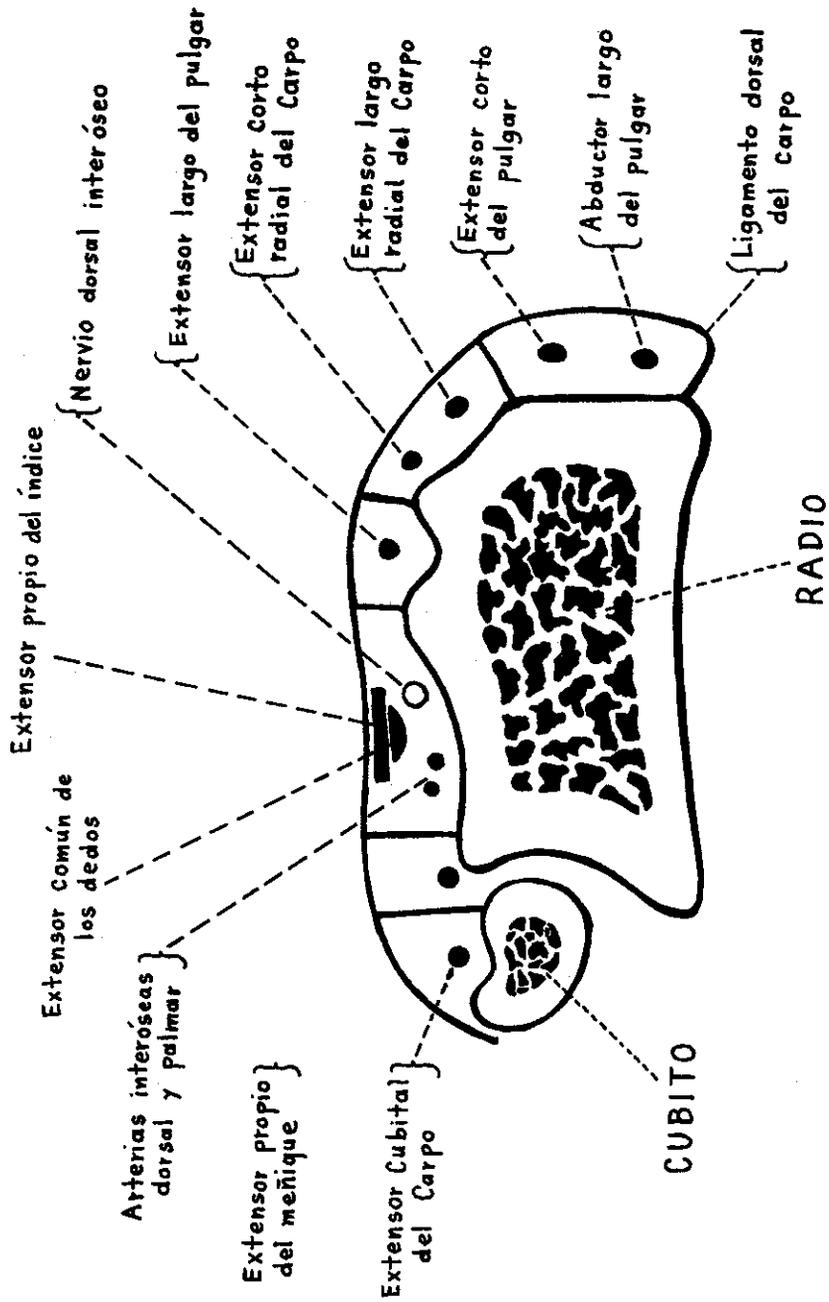


Fig. 1

Ramificaciones  
del Nervio Radial

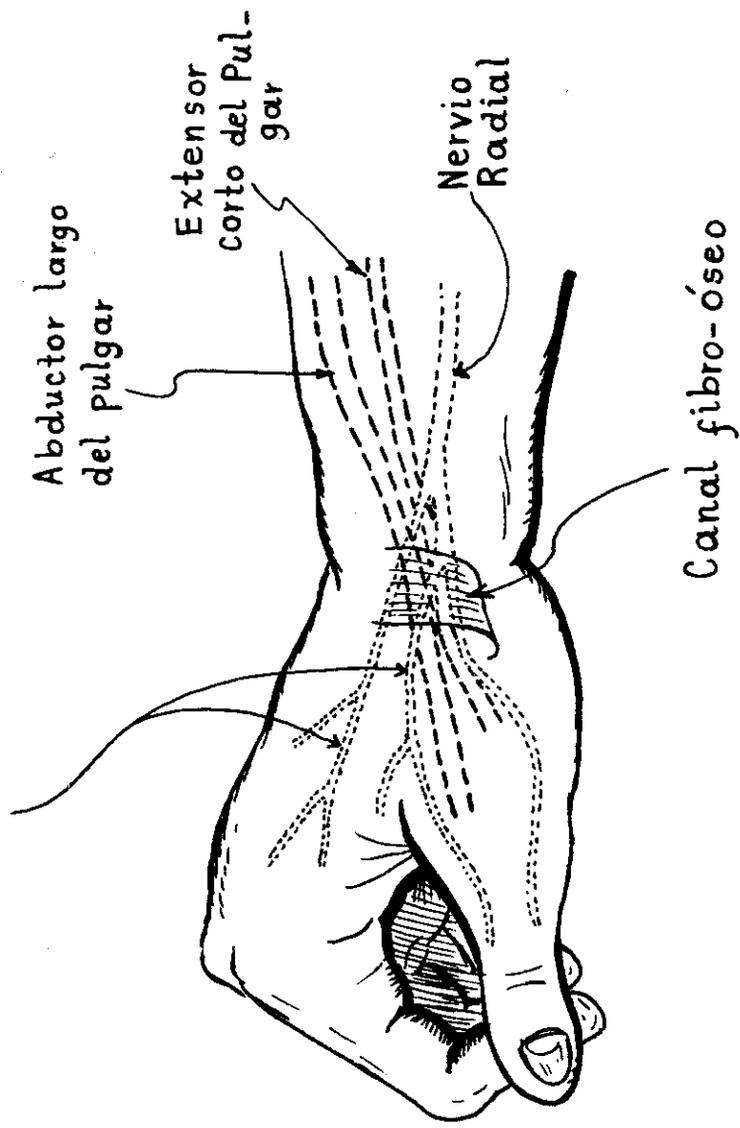


FIG. 2

lo normal, ya sea en el trapecio, en el abductor corto del pulgar, en el músculo oponente o en sus fascias. Filogenéticamente, el extensor corto del pulgar es un tendón de aparición tardía, que se halla ausente en casi el 5% de las muñecas.

Es ahora bien establecido que la descripción clásica anatómica de los dos tendones que corren por el túnel fascio-óseo de la apófisis estiloides radial, es variable (Limpscob 1,959). Keon-Cohen en 1,951 enfatizó la importancia, al haber encontrado la presencia de más de dos tendones en este túnel. En 12 o 13 casos que él operó, encontró que el abductor largo del pulgar estaba representado por dos o más tendones y en dos casos el extensor corto pasaba por dentro de un túnel separado; también encontró el caso de un paciente que no se alivió después de la intervención quirúrgica, y en el cual después de una segunda intervención, encontró al extensor corto del pulgar, encerrado en otra vaina. Por esta razón efectuó una disección anatómica de 52 muñecas, encontrando -- que en un 79% el abductor largo del pulgar tenía más de dos tendones y en un 33% el extensor corto estaba en un compartimiento separado.

(Leao 1958), confirmó éstos hallazgos en una disección de 50 muñecas.

#### MOVIMIENTOS DE LA MUÑECA Y DEL PULGAR:

Como hemos visto en la sinópsis anatómica de la región, el músculo abductor largo del pulgar participa en movimientos de la muñeca, razón por la -

FIG. A: FLEXION Y EXTENSION

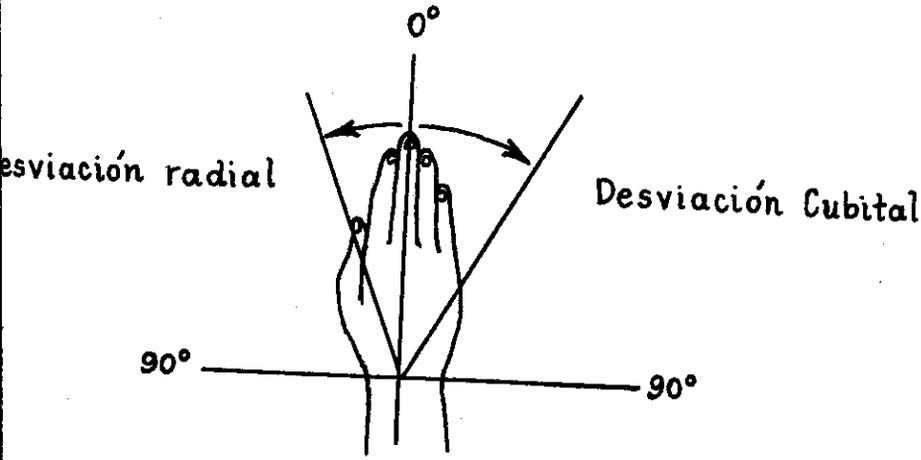
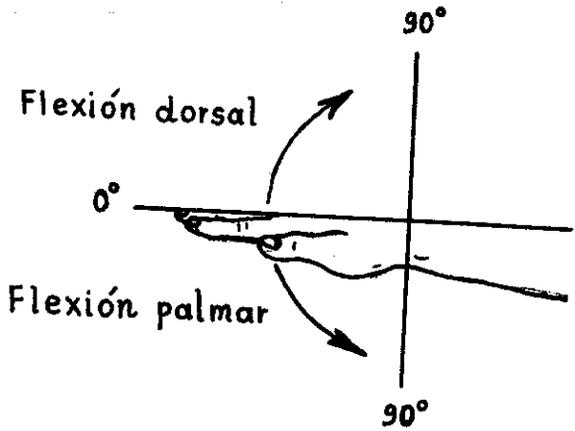


FIG B: DESVIACION RADIAL Y CUBITAL

# MOVIMIENTOS DEL PULGAR :

Fig. A

posición de Comienzo  $0^\circ$



Fig. B

abducción

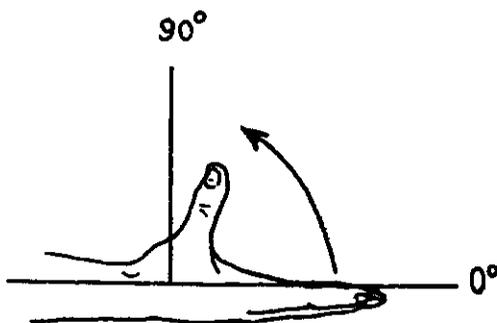
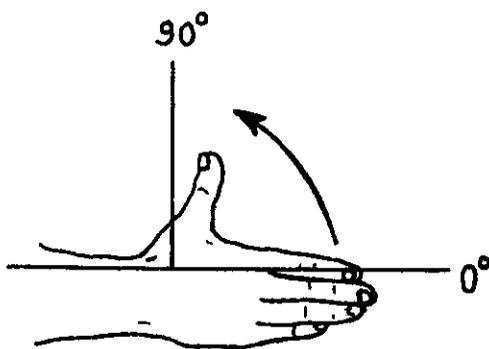


Fig. C

oposición



cual se incluyen en éste trabajo los movimientos de la misma.

La muñeca tiene un movimiento natural de flexión, extensión, desviación cubital y desviación radial. Existe algún pequeño grado de circunflexión rotatoria, la cual no puede ser medida con seguridad.

Se denomina posición 0° a la muñeca extendida en línea con el antebrazo.

Figura "A" = Flexión - Extensión

Flexión: Flexión Palmar = 0° - 80° +

Extensión: Dorsiflexión = 0° - 70° +

Figura "B" Desviación Radial - Cubital

Radial = 0° - 20°

Cubital = 0° - 30°

La desviación cubital usualmente se mide con la muñeca en pronación, cuando esta medida se hace en supinación, la desviación cubital varía en algo.

Los movimientos del pulgar son complejos, todas las definiciones son algo arbitrarias; pero básicamente los movimientos son: Abducción, aducción, flexión, extensión, oposición y circunducción.

Figura "A" Abducción - Aducción.

Posición de comienzo 0°, con el pulgar extendido a lo largo del índice en alineación con el radio.

Abducción: Se describe como tal, el ángulo creado entre los metacarpianos - del pulgar y del índice. Este movimiento se efectúa en dos planos.

Figura "B" Ilustra la abducción en ángulo recto, con respecto a la palma de la mano, con la mano en supinación. El pulgar en éste caso, señala hacia arriba.

Figura "C": Ilustra la abducción paralela, al plano de la palma de la mano -- (abducción - extensión)

Abducción: De  $50^{\circ}$  -  $70^{\circ}$  ±

Extensión: Articulación interfalángica  $10^{\circ}$  -  $20^{\circ}$

" metacarpofalángica  $5^{\circ}$  -  $10^{\circ}$

" carpometacarpiana  $10^{\circ}$  -  $20^{\circ}$

Oposición: Posición de comienzo  $0^{\circ}$ . El pulgar está extendido, en línea con el índice; el movimiento está compuesto por tres elementos:

1. - Abducción

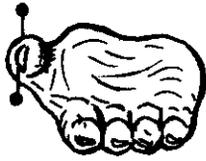
2. - Rotación

3. - Flexión.

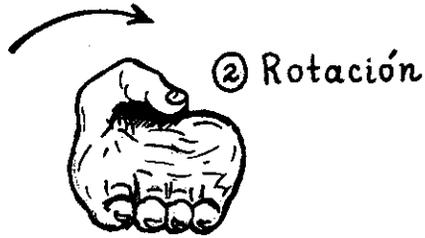
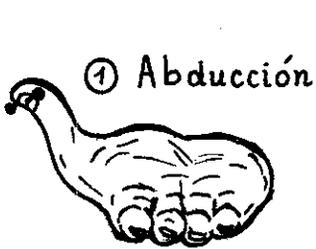
Este movimiento se le considera completo, cuando la pulpa del pulgar toca la pulpa del quinto dedo. Sin embargo, algunos ortopedistas consideran como completo el movimiento de oposición, cuando la pulpa del pulgar toca la base del quinto dedo (ambos movimientos ilustrados en las figuras 1-2-3-).

# OPOSICIÓN:

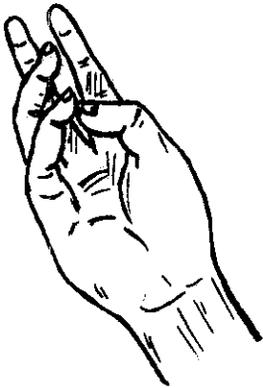
Compuesto de 3 elementos:



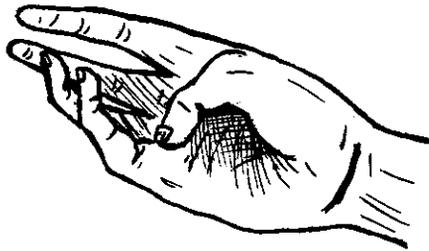
Posición 0°



③ Flexión



A la pulpa del  
dedo pequeño



A la base  
del meñique

Flexión:

Posición de comienzo 0° - pulgar extendido.

Flexión de la articulación interfalángica de 0° - 80° ±

Flexión de la articulación metacarpofalángica de 0° - 50° ±

Flexión de la articulación carpometacarpiana de 0° - 15° ±

## ENFERMEDAD DE DE QUERVAIN

### DEFINICION:

Es una tenosinovitis crónica de la vaina tendinosa del abductor largo y el extensor corto del pulgar, situada en el aspecto lateral del extremo inferior del radio; y consiste en un curioso engrosamiento de la porción fibrosa del canal fascio-óseo de la apófisis estiloides del radio. Este engrosamiento es alrededor de un cuarto de pulgada de largo, pudiendo llegar el mismo a un cuarto de pulgada.

Al mismo tiempo la vaina tendinosa se estenosa produciendo una constricción con los síntomas resultantes, cuando la fricción del movimiento del tendón produce una tenovaginitis traumática; que es demostrable porque en el sitio se produce una hiperemia y pérdida del brillo normal del tendón, pudiendo en ocasiones, existir arrancamiento de algunas fibras del mismo. Esta lesión suele afectar una mano, pero ocasionalmente puede ser bilateral.

### HISTORIA:

Esta entidad fue clasificada como tal por Fritz de Quervain, descrita en publicación clásica del año 1895. La descripción del signo, que es considerado por la mayoría de autores como patognomónica de éste desorden, fue publicado en la literatura británica, por Braum en 1935. En la primera edición de cirugía ortopédica, escrita por Mercer (1932) se describe y discute un caso de Síndrome de De Quervain.

ETIOLOGIA:

La mayoría de autores coinciden en que la causa es ocupacional, y que se debe al sobre uso de los tendones abductor y extensor corto del pulgar, al efectuar movimientos excesivos con el mencionado dedo, como el tocar piano, el acto de exprimir. Esto último fue la causa por la que se conoció este Síndrome en un tiempo como "Esguince de las lavanderas", y se debe a que al exprimir los trapos mojados se produce una angulación aguda del abductor largo del pulgar a nivel de su salida de la vaina fibro-ósea.

Se ha considerado también, que existen causas o factores predisponentes; tales como el hecho de que en las mujeres, la articulación carpometacarpiana, es más móvil; otros la han encontrado asociada a artritis reumatoidea.

Bunnell (1956), indicó que la condición es común en trabajadores normales y más en aquellos que producen presión entre la punta del pulgar con el resto de los dedos, mientras mueven la muñeca.

También se ha sugerido que la presencia de tendones aberrantes o múltiples, son causa contribuyente para este síndrome. Pero en realidad es más simple decir que no se sabe con exactitud la causa de este extremado engrosamiento fibroso localizado a nivel de la vaina tendinosa, pero una vez que ha ocurrido y se ha producido constricción de la vaina se presenta la subsecuente tenosinovitis friccional.

FRECUENCIA:

Ocurre por lo general entre los 30-50 años y las mujeres se ven afectadas con una frecuencia de más o menos 10 veces mayor que los hombres.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente, se puede encontrar engrosamiento de la porción fibrosa del canal fascio-óseo, la vaina tendinosa estenosada, produciendo una constricción obvia; se puede encontrar además una tenovaginitis traumática -- que es demostrable, porque en el sitio se produce una hiperemia y pérdida del brillo normal de la fascia y tendones, pudiendo en ocasiones existir arrancamiento de algunas fibras del tendón.

Desde el punto de vista microscópico, se encuentra únicamente una fibrosis simple y no específica (Keon-Cohen 1951), y no da ninguna orientación sobre su origen.

SINTOMAS Y SIGNOS:

El paciente generalmente se queja de dolor en la muñeca que le limita los movimientos y que ha ido aumentando progresivamente de intensidad, afectando primero la porción de la apófisis estiloides radial y luego extendiéndose sobre el dorso del pulgar, no habiendo dolor cuando la mano está en descanso. Al examen de la región se encuentra edema sobre la apófisis estiloides radial y dolor a la presión en el sitio mencionado. Algunos autores mencionan que pue

de encontrarse una crepitación fina a este nivel y otros indican que esta es virtualmente desconocida en esta lesión, lo que contrasta con otros casos de tenosinovitis aguda. En los casos de larga duración la tumefacción o edema puede ser ostensible.

Se ha considerado la prueba de Finkelstein, como signo patognomónico de esta enfermedad; ésta prueba consiste en situar el pulgar en la palma de la mano, se le indica al paciente que cierre el puño, colocando los dedos por encima del pulgar, a continuación se inclina la mano hacia el lado cubital; si el paciente experimenta dolor a nivel de la apófisis estiloides radial la prueba es positiva; frecuentemente cuando el signo es positivo, el dolor se irradia al -pulgar o hacia la articulación del codo.

#### DIAGNOSTICO:

En el diagnóstico de éste síndrome se debe de considerar la historia, o-  
cupación del paciente, estudio roentgenográfico, hallazgos físicos y la prueba de Finkelstein, considerada por la mayoría de autores patognomónica.

#### TRATAMIENTO:

El simple enferulamiento de la mano afectada alivia los síntomas agu-  
dos, pero en verdad no tiene ningún efecto sobre el engrosamiento -----  
----- del canal fibroóseo del cual persiste, así que no es sorprendente des---  
pués de tal tratamiento conservador, los síntomas reaparezcan inmediatamente

o poco después. También se ha utilizado inyecciones de hidrocortisona, lo --  
cual puede dar resultado durante las seis primeras semanas de haberse iniciado  
el cuadro, pero comúnmente la inyección tiene efecto y la mejoría se debe --  
probablemente a un mejoramiento de la tenosinovitis friccional, pero tiene po-  
co o nada de efecto sobre el engrosamiento de la vaina tendinosa.

La descompresión quirúrgica de la vaina, da un alivio instantáneo y du-  
radero y la técnica es tan simple y tan efectiva, que en la opinión de Pulvertaft  
no vale la pena gastar el tiempo en el tratamiento conservador, cuando esta ope-  
ración es tan simple que puede hacerse en una consulta externa.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta dos puntos importantes: uno es el  
tipo de incisión que se va a emplear, todas las incisiones longitudinales a nivel  
de la muñeca, dejan una cicatriz gruesa hipertrofiada y antiestética, y que en -  
mujeres este defecto cosmético, no deja de ser importante.

Una incisión transversa, paralela o en línea con un pliegue de la muñe-  
ca, solo deja una cicatriz ligera, pero tiene la desventaja, y es el otro punto -  
que debe tomarse en cuenta, que puede dañar la rama superficial del nervio ra-  
dial y producir disturbios sensoriales en la parte posterior del pulgar o del meta-  
carpiano del índice, de lo cual el paciente puede quejarse amargamente; consi-  
derándose que este es debido a que se forman en este sitio, pequeños neuromas.  
Sin embargo, si el cirujano ha identificado y protegido sus ramas nerviosas, la -

incisión transversa es muy satisfactoria.

TECNICA:

Se utiliza anestesia local y un tomiquete, una incisión transversa paralela a los pliegues cutáneos se realiza sobre la zona sensible (Ver Figura No. 3); después de separar los bordes cutáneos, se efectúa una incisión longitudinal en la fascia superficial subyacente (Ver Figura No. 4) entonces se buscan y protegen las ramas sensitivas del nervio radial superficial. Por lo común -- ubicados a mayor profundidad que las venas superficiales, se identifican los -- tendones proximales al ligamento y a la vaina dorsales estenosantes (Ver Figura No. 5 y 6), insidiéndose el primer compartimiento dorsal longitudinalmente por su lado cubital. Con el pulgar abducido y la muñeca flexionada, se le levantan de su surco los tendones del abductor largo y el extensor corto del pulgar.

Si no puede liberárseles con facilidad, se buscan los tendones anómalos adicionales; luego se cierra la incisión cutánea y se aplica una curación compresiva; la que se puede retirar después de 24 horas, aplicándose una curación plana; inmediatamente se estimula la movilización normal del pulgar y de la mano.

Si no se consigue después de la operación un alivio completo puede deberse a:

1. - Formación de un neuroma en una rama seccionada del nervio radial

FIG. 3 : INCISION TRANSVERSAL

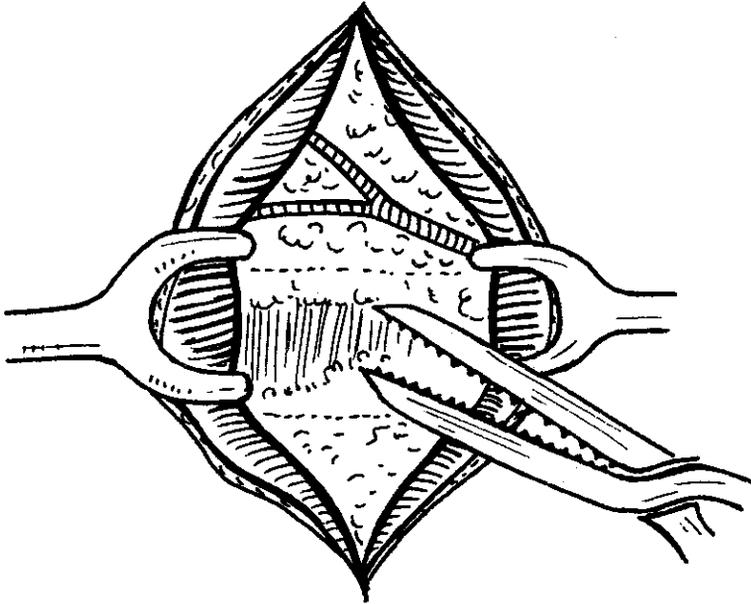
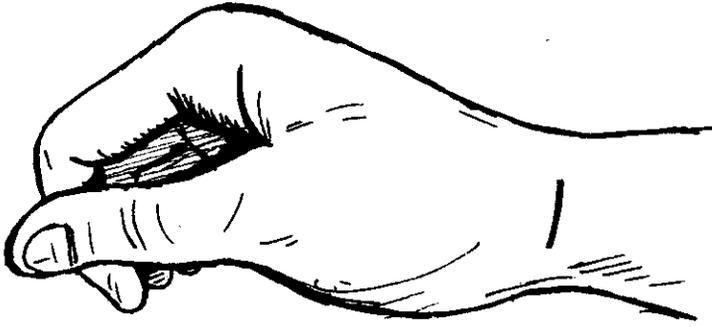


FIG 4 : EXPOSICION

LA VAINA DEL TENDON:

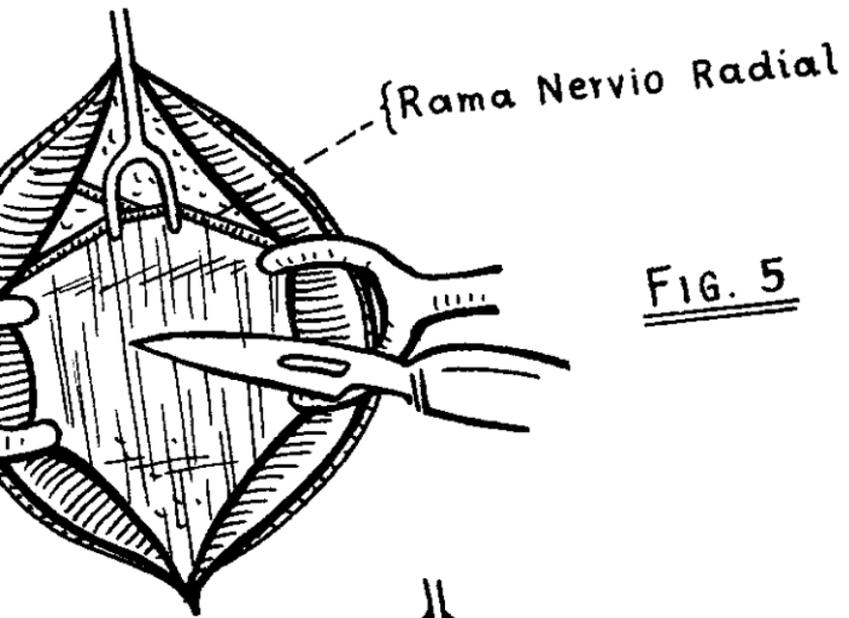
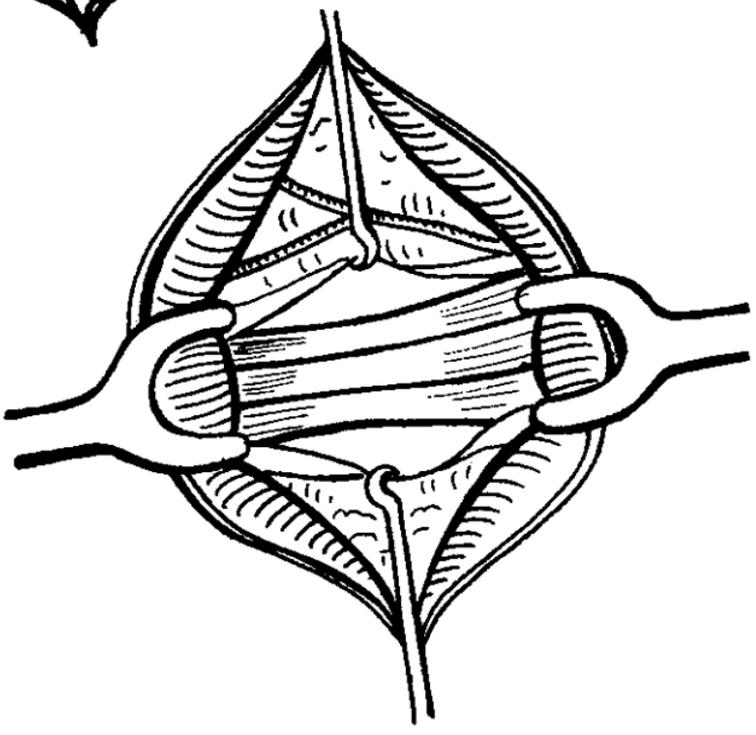


FIG. 5



5

superficial.

2. - La subluxación palmar del tendón cuando se extirpa una vaina en exceso.
3. - A no encontrar y a no liberar un tendón anómalo, situado dentro - de un propio compartimiento.
4. - La hipertrofia de la cicatriz a causa de una incisión cutánea longitudinal.

C A S U I S T I C A :

Prim er Caso: G. C. de H. : 28 años de edad, sexo femenino, casada, médico, ama de casa. Inició cuadro de dolor a nivel de la apófisis radial en miembro superior izquierdo, en julio de 1966, a raíz de haber aumentado — sus labores domésticas (lavado de ropa), dolor que aumentó progresivamente en intensidad, por lo que decide consultar facultativo, quién diagnostica en enfermedad de De Quervain. Se le indica tratamiento conservador con infiltraciones de esteroides (Triamcinolona), experimentando alivio por espacio de seis meses. A partir de ésta fecha las infiltraciones se hacen necesarias — cada vez con intervalos más cortos. En 1968, más o menos un año seis meses después, se inicia idéntico cuadro en miembro superior derecho, tratada tam bién con infiltraciones con la misma frecuencia que el otro miembro. Por — ineficacia tratamiento conservador, se aconsejó tratamiento quirúrgico.

Operación: (Bilateral) se efectúa el 20 de marzo de 1971; bajo anestesia ge neral. Incisiones longitudinales. Acto quirúrgico sin complicaciones.

Post-Operatorio: Se da egreso 24 horas después de la intervención, con indi caciones de movilización. Paciente presenta dolor agudo en sitio de interven ción (miembro superior derecho), por lo que se colocó inmovilización con fé- rula de yeso, la cual se retiró después de una semana por no haber dado resul- tado; se quitó a su vez las suturas, después de lo cual la paciente experimentó alivio completo. Miembro superior izquierdo sin ninguna complicación post--

operatoria. Se da de alta el 19 de abril de 1971, aliviada de sus síntomas.

Entrevistada la paciente el 27 de marzo de 1972, refiere hiperestesia en sitio de intervención, así como en dorso del pulgar y dedo índice de mano derecha; debido probablemente a la formación de neuroma. Cicatrices operatorias hipertróficas (queloides). Movimiento del pulgar y la muñeca normales.

Segundo Caso: M. A. M.: 36 años de edad, sexo masculino, casado, Ejecutivo Oficinista. Historia de dolor a nivel de la apófisis estiloides radial del miembro superior derecho, de intensidad progresiva, que le dificultó movilización del pulgar y de la muñeca, de más o menos cuatro años de evolución; cuadro que el paciente atribuyó al hecho de firmar excesivamente. Consulta facultativo quien le prescribe tratamiento conservador con infiltraciones de esteroides en cuatro oportunidades, más o menos cada 6 meses los años 1970-71 experimentando menos alivio con cada nueva infiltración. Traumatismo a nivel de la apófisis estiloides radial agudizó el cuadro aún más, a grado tal, que la movilización del pulgar y la muñeca del miembro afectado, era casi imposible por el dolor. Se indicó intervención quirúrgica.

Operación: Se efectúa el 28 de julio de 1971. Anestesia troncular. Incisión longitudinal.

Post-Operatorio: Egresó 24 horas después de la intervención, con indicaciones de movilización. Se retiran puntos ocho días después, dándose de alta, aliviado de sus síntomas.

Entrevistado el 15 de marzo de 1972; paciente se queja de moderada hipoestesia a nivel de mitad interna del pulgar. Cicatriz operatoria hipertrófica (que loide). Movimientos del pulgar y la muñeca normales.

Tercer Caso: M. M. A. : 29 años de edad, sexo masculino, casado, visitador-médico. Inició cuadro de dolor a nivel de la apófisis estiloides radial en miembro superior izquierdo, de intensidad progresiva en mayo de 1966; después de efectuar ejercicios de levantamiento de pesas por espacio de una semana, llegando a la imposibilidad de efectuar movimiento del pulgar y la muñeca por el dolor. Consulta facultativo quien le diagnóstica enfermedad de De Quervain aconsejándole tratamiento quirúrgico.

Operación: Junio de 1966. Anestesia troncular. Incisión transversal.

Post-Operatorio: Sin ninguna complicación. Se da egreso 24 horas después de la intervención, con indicaciones de movilización. Se retiran puntos y se da de alta ocho días después, aliviado de sus síntomas.

Entrevistado : el 16 de marzo de 1972. Asintomático. Cicatriz operatoria casi no es notoria. Movimientos del pulgar y la muñeca son normales.

DISCUSION :

Se han presentado tres casos de enfermedad de De Quervain, todos los cuales fueron vistos y operados por el médico asesor de ésta tesis. Como se podrá ver, y ello se identifica con todo lo expuesto anteriormente, este síndrome -- produce una serie de molestias que puede llegar a inhabilitar los movimientos -- de la mano afectada del paciente. La enfermedad tiene un carácter progresivo, habiéndolo sido los tratamientos conservadores ineficientes, produciendo menos a livio cada vez que fueron nuevamente utilizados. El último de los casos pre sentado tuvo mejor evolución que cualquiera de los otros dos y fue tratado quirúrgi camente, esto nos hace ver como se indicó en otra parte de esta tesis (Pulver-- taft), que no vale la pena perder el tiempo en tratamientos consevadores, cu ando en verdad el tratamiento quirúrgico es simple, rápido y efectivo.

En cuanto a las complicaciones que han aparecido en los dos primeros -- pacientes, ya hemos comentado acerca de la incisión longitudinal y no vale la pena repetirlo. Vale sin embargo, indicar que en los trabajos de Faithfull y -- Lamb (marzo de 1971), ellos hacen notar que no tuvieron ningún problema, tan to con incisiones longitudinales como transversales; al igual el análisis de 52 -- casos con incisión longitudinal hecho por Lamphier y otros que tampoco tuvie ron problema con este tipo de incisión. En cambio Brunner en 1966 indica que tuvo problemas de queloides con las incisiones longitudinales.

Hay que indicar que la hiperestesia que se presenta en los pacientes causa pequeñas molestias que éste tiende a olvidar con el tiempo, exceptuando los casos con formación de neuromas.

En cuanto al predominio de este síndrome en determinado sexo o edad, no se puede hacer una determinación adecuada ya que se trata de la presentación de tres casos y no el resultado de un estudio exhaustivo de la enfermedad. Se observó la bilateralidad de este síndrome en únicamente un caso; cabiendo nuevamente aquí la salvedad anterior.

S U M A R I O :

Se describe la anatomía de la región de la apófisis estiloides radial, los movimientos de la muñeca y del pulgar, al igual que el cuadro clínico del síndrome de De Quervain.

Se ha hecho un estudio retrospectivo de tres casos de esta enfermedad; encontrándose uno solo de enfermedad bilateral.

Se indican los tratamientos usados en éstos tres casos y se evidencia que la cirugía es el tratamiento de elección; haciéndose notar en el estudio efectuado, que la incisión transversal no presentó complicaciones post-operatorias.

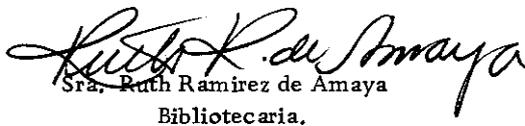
CONCLUSIONES

1. - Creemos que el factor ocupacional es el más importante para desencadenar la enfermedad de De Quervain.
2. - Se observó la cronicidad del cuadro en los pacientes presentados.
3. - Es de notar que a pesar de lo reducido de la casuística ~~hay~~ bilateralidad en uno de los casos.
4. - El tratamiento conservador que se intentó al principio del cuadro, dió remisión de los síntomas inicialmente, pero conforme el proceso avanzó el tratamiento se tomó ineficaz.
5. - Esta enfermedad puede ser causa de invalidez.
6. - El tratamiento quirúrgico, evidentemente es curativo y de fácil ejecución.
7. - Se demuestra la superioridad de la incisión transversal sobre la longitudinal.
8. - Los dos casos intervenidos con incisión longitudinal, presentaron formación de queloide como complicación post-operatoria.
9. - La formación de neuromas se presentó en un caso intervenido con incisión longitudinal.
10. - El más antiguo de los casos, intervenido con incisión transversal, soporta más de seis años sin la más mínima molestia.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Byrne, John J. Fibrous hyperplasia. In his: The hand: its anatomy and diseases. Springfield, Charles C. Thomas, 1959. pp. 218-236.
2. - Campbell's, W. C. De Quervain's diseases. In his: Campbell's Operative. 5th. ed. Saint Louis, C. V. Mosby, 1971. pp. 371-374.
3. - Ciambelloti, E. , et al. Diagnosis and therapy of De Quervain's disease. Minerva Med 59:5658-63, 19 Dec 68.
4. - Faithfull, D.K. and Lamb, D.W. De Quervain's disease; a clinical review. Brit Soc Surg of the Hand 3:23-30, March 1971.
5. - Harkings, H.N. et al. Principios y prácticas de cirugía. Trad. por Alberto Folch y Pi. 3a. ed. México, Interamericana, 1969. 1291p.
6. - McGregor A, Lee Dorsal carpl ligament. In his: Synopsis of surgical anatomy. Bristol, John Wrihth & Sons, 1957. pp. 293-294.
7. - Miller, William A. Muscles of the upper extremity. In his: The keys to orthopedic anatomy. Sprinfielt Ill. Charles E. Thomas, 1965. pp. 13-35.
8. - Pulvertaft, R. G. Stenosing tendovaginitis at the radial atyloid (De Quervain's disease). In his: The hand clinical surgery. London Butterworths, 1966. pp. 203-207.
9. - \_\_\_\_\_ . Tenovaginitis stenosans and De Quervain's syndrome. In his: The han operative surgery. London, Butterworths, 1970. pp. 223-227.

Vo. Bo.

  
Sra. Ruth Ramirez de Amaya  
Bibliotecaria.

BR. LUIS ALBERTO AQUINO ALVARADO.

DR. ROBERTO RODRIGUEZ M.  
Asesor.

DR. FRANCISCO AMAYA ABAD  
Revisor

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO  
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD  
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.  
Decano.