

Patología de la mano

Fecha de la última revisión: 28/02/2007

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo orientar el diagnóstico?](#)
3. [Signos clínicos y maniobras útiles en las principales patologías \(5, 7, 8\)](#)
4. [Características de las patologías más frecuentes](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Las patologías que afectan la mano constituyen un motivo de consulta frecuente en atención primaria.

Las diferentes articulaciones de la mano están formadas por 27 huesos que están a su vez unidos por múltiples complejos ligamentosos por los que discurre y se inserta un elevado número de músculos y tendones que, distribuidos en diferentes planos, aseguran los diferentes movimientos de precisión y fuerza de la muñeca y la mano.

Las causas de patología en la mano, exceptuando las de origen traumatológico, son muy diversas, ya que en ella hallamos múltiples locus anatómicos. Asimismo, el síntoma más frecuente es el dolor de esta localización y como causas más habituales de dolor en la mano y la muñeca encontramos ¹:

Tabla 1.- Causas más habituales de dolor en mano y muñeca	
Muñeca	Mano
Dolor cara ventral: • Síndrome del túnel carpiano • Pseudoartrosis del escafoides carpiano • Enfermedad de Preiser (necrosis isquémica del escafoides) • Tendinitis del palmar mayor	Patología articular y sinovial • Sinovitis y artritis crónica (por AR, artritis psoriásica, etc.) • Gota aguda • Artrosis interfalángica o trapeciometacarpiana
Dolor cara lateral: • Tenosinovitis de De Quervain • Síndrome de intersección tendinosa • Tenosinovitis o lesiones degerativas de tendones pericubitales (cubital anterior y posterior)	Patología ligamentosa y tendinosa: • Enfermedad de Dupuytren • Dedo en gatillo o en resorte
Dolor cara posterior: • Enfermedad de Kienböck (necrosis del semilunar)	Patología neurovascular • Distrofia simpático-refleja • Síndrome de Raynaud • Neuropatía diabética • Eritema pernio (sabañones)
Sin localización específica: • Pseudogota • Gota (aguda, tofácea, crónica) • Lesiones ligamentosas o degenerativas de la articulación radiocubital inferior, etc.	Infecciones de la mano • Paroniquia • Panadizo • Tenosinovitis aguda de los flexores • Infecciones profundas (compartimento tenar y espacio palmar medio)
	Tumores • Partes blandas: ganglión, sinovitis pigmentaria nodular localizada, quistes de inclusión) • Tumores óseos: encondroma

Existen diversas patologías que pueden dar dolor irradiado hacia la mano pero es infrecuente que esté únicamente localizado en la mano. Suelen acompañarse de otros síntomas y también de dolor situado en el hombro o el brazo.

Otro fenómeno bastante común es la irradiación del dolor en diversas patologías del codo hacia el antebrazo y la mano. Entre las más habituales encontramos la epicondilitis y epitrocleítis.

¿Cómo orientar el diagnóstico?

Anamnesis:

- Antecedentes personales: alcoholismo, hepatopatía, nefropatía, diabetes, hiper e hipotiroidismo, hiperuricemia, mono o poliartritis, psoriasis, conectivopatías o patologías autoinmunes, etc.
- Antecedentes familiares: artritis reumatoide, artrosis, enfermedad de Dupuytren, conectivopatías, etc.
- Localización: en la palma de la mano, en los dedos, en las articulaciones, etc.
- Clínica de presentación: dolor (artritis, artrosis, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, distrofia simpático refleja, etc.), clínica neurológica (parestias en el túnel carpiano, pérdida de fuerza en las neuropatías o alodinia, hiperalgesia, hiperpatía e hiperestesia en la DSR), impotencia funcional o limitaciones en la movilidad articular (Dupuytren, dedo en resorte, DSR en fases avanzadas, etc.) sensación de tumoración (ganglión, Dupuytren, etc.)
- Forma de inicio y evolución: agudo (por ejemplo, las artritis) o subagudo (por ejemplo, las tendinitis), progresivo (síndrome del túnel carpiano, enfermedad de Dupuytren, tendinitis, etc.) en episodios (artritis y artrosis), existencia o no de factores desencadenantes (traumatismo, sobreesfuerzo, etc.).
- Capacidad funcional del individuo: tipo de trabajo que realiza, horas diarias de ocupación, actividad doméstica y personas a su cargo, etc. Este punto se convierte en algo más relevante no solo para evaluar posibles causas sino por las limitaciones funcionales que puede comportar la patología de la mano.

Exploración física:

*Inspección de la mano*²:

- *Tamaño y morfología:*
 - Manos anchas: toscas en la acromegalia; con dedos cortos en el mongolismo; con acortamiento de las metacarpianos en el pseudohiperparatiroidismo.
 - Dedos largos y finos: síndrome de Marfan y homocistinuria.
 - Adelgazamiento y afilamiento de los dedos conacroesclerosis (esclerodermia).
- *Cambios en la coloración y aspecto de la piel:*
 - Eritema palmar: insuficiencia hepática, hipertiroidismo,...
 - Acrocianosis: estasis local, disminución del gasto cardíaco, insuficiencia respiratoria,...
 - Tono amarillento o xantosis –no confundir con ictericia-: consumo excesivo de zanahorias y vegetales ricos en carotinoides, dislipemias, diabetes, insuficiencia hepática crónica,...
 - Ictericia
 - Máculas cutáneas: LES, psoriasis,...
 - Signos de Raynaud: fenómeno de Raynaud y esclerodermia.
 - Livedo reticularis
 - Eritema pernio (sabañones)
- *Movimientos:*
 - Temblores: finos y distales en el hipertiroidismo o en los estados de ansiedad; groseros y de reposo en el parkinsonismo; posturales o de intención en el temblor esencial, en el inducido por medicación o enfermedades neurológicas o sistémicas.
 - Coreas
 - Atetosis
- *Alteraciones de la posición normal de la mano:*
 - Mano “caída”: imposibilidad de la extensión de la mano y los dedos por lesión del nervio radial.
 - Deformidades en garra:
 - Garra global bilateral cuando es de origen neurológico, en el síndrome hombro-mano o por artritis.
 - Garra global unilateral en los ictus piramidales o en el síndrome hombro-mano
 - Garra de falanges distales de anular y meñique asociado a atrofia hipotenar en la lesión del nervio cubital
 - Retracciones: retracción de la aponeurosis palmar y de falanges proximales de los últimos dedos en la enfermedad de Dupuytren; dolor a la extensión de los dedos con bloqueo y palpación de un resalte en el metacarpiano afectado en el dedo en resorte, etc.
 - Mano "de comadrón": episodios pasajeros en la tetania o espasmos carpopedales en la hipocalcemia.
- *Atrofias:*
 - Atrofia de la eminencia tenar, en el lado radial de la mano (normalmente por patología del nervio mediano).
 - Atrofia de la eminencia hipotenar, en el lado cubital de la mano (en lesión del nervio cubital que suele asociar también atrofia del primer interóseo e incapacidad de flexionar los 2 últimos dedos).
- *Temperatura:*
 - Frialidad: hipotiroidismo o mixedema, insuficiencia cardíaca o respiratoria, shock sistémico.
 - Frialidad asociada a sudoración: estados de ansiedad y DSR.
 - Aumento del calor: asociado a sudoración en el hipertiroidismo.

Inspección y palpación de los dedos y las articulaciones de la mano^{2, 3 y 7}

La palpación cuidadosa de cada articulación nos permitirá detectar los signos de inflamación, la consistencia de la tumefacción y la existencia de crepitaciones o tumoraciones diversas.

- Deformidades articulares:
 - Muñeca: desviación cubital externa en la AR.
 - Metacarpofalángicas: nódulos de la primera MCF en la rizartrosis.
 - Interfalángicas: IF proximales con nódulos de Bouchard o IF distales con nódulos de Heberden en la artrosis; deformación en forma de hiperextensión (dedos en cuello de cisne), desviación cubital de los dedos y deformación en forma de hiperflexión (dedos en ojal) en la AR; tofos gotosos, quistes sinoviales, etc.
- - Tumefacciones blandas y artritis:
 - Muñeca: tumefacción de cara dorsal y palmar en las artritis (característico de la AR); tumefacción en disposición longitudinal en las tenosinovitis; tumefacción en la cara dorsal en el ganglión o la herniación de la membrana sinovial.
 - Metacarpofalángicas e IFP: característico de la AR
 - IFD: artritis psoriásica
- - Alteraciones de la zona distal de los dedos:
 - Necrosis de los pulpejos: esclerodermia, ergotismo, isquemia por crioaglutininas o crioglobulinas, fenómeno de Raynaud en fases avanzadas, etc.
 - Acropaquias: hipoxemias graves y prolongadas, endocarditis bacterianas subagudas, cirrosis hepática, etc.

Movilidad articular²⁻⁴

Siempre comparando con la articulación contralateral, mediante la exploración de la movilidad pasiva y activa es posible detectar limitaciones de la misma, incluso muy mínimas, que pueden ser muy indicativas de patología de la mano (artritis, artrosis, neuropatía, DSR, Dupuytren, etc.).

- Muñeca: la posición neutral de la muñeca consiste en colocar la mano alineada con el antebrazo, con la palma hacia abajo. Deben ser estudiados los siguientes movimientos:
 - Dorsiflexión (extensión) y flexión palmar: máximas a 70° y 90° respectivamente
 - Desviación cubital y desviación radial: máximas a 55° y 20° respectivamente.
 - Prono-supinación: amplitud conjunta de 120°.
- Dedos: todas las articulaciones de los dedos pueden efectuar movimientos de flexión y ésta debe llegar hasta que los pulpejos contacten con la palma de la mano. Activamente sólo se consiguen extensiones de unos 20° de la primera falange sobre los metacarpianos.

Signos clínicos y maniobras útiles en las principales patologías (5, 7, 8)

Síndrome del túnel carpiano:

- *Diagrama de Katz:*
 - Clásico: obligatoria presencia de dolor o parestesias de los dedos 1, 2 y/o 3 y posible afectación de los otros dedos pero no en el dorso de la mano.
 - Probable: permite además la presencia de síntomas palmares del lado radial.
- *Tinnell:* la percusión del nervio mediano, que se realiza por el lado cubital del tendón del palmar largo, perpendicular al ligamento transversal del carpo y con la muñeca en extensión, despierta dolor neurálgico en su recorrido.
- *Phalen:* la flexión pasiva de la muñeca durante 1 minuto despierta parestesias en pacientes con compresión del nervio mediano.
- *Signo del puño cerrado:* al cerrar el puño con fuerza durante 1 minuto aparecen parestesias en el territorio del nervio mediano.
- *Signo de la sacudida:* gesto con el que el paciente alivia el dolor nocturno (71% de los pacientes)
- *Debilidad en la abducción del dedo pulgar,* demuestra repercusión motora de un síndrome túnel carpiano.
- *Hipoalgesia en la cara palmar del dedo índice* comparado con el meñique (que recibe inervación del cubital).

Nota: En cambio, si objetivamos hipoalgesia de la cara dorsal del dedo índice nos debe hacer sospechar de compresión de la raíz C7. Ante el hallazgo de hipoalgesia de la zona dorsal del meñique (inervada por el cubital y el radial) o de la mano, hemos de realizar el diagnóstico diferencial con la mielopatía cervical incipiente (evoluciona con discreto piramidalismo y suele afectar a diversos dermatomas y cara dorsal de la mano); la siringomielia (se inicia con parestesias en dedos y falta de fuerza en manos) o el síndrome del escaleno, entre otras patologías.

Artrosis/rizartrosis y Artritis:

- La compresión de cada una de las pequeñas articulaciones de la mano y la compresión lateral de las MCF permiten descartar inflamación.
- Para detectar rizartrosis: ejercer un pinzamiento suave sobre la primera articulación carpo-metacarpiana mientras se moviliza en sentido circular el dedo. En caso de existir rizartrosis se notará un roce o crujido y el paciente puede experimentar dolor.

Tendinitis de De Quervain:

- *Maniobra de Finkelstein:* la desviación cubital de la muñeca causa un dolor agudo. Cuando esta maniobra resulta positiva, se debe explorar la tabaquera anatómica para descartar una lesión de escafoides; así como explorar también los músculos extensores de la mano.
- La extensión del pulgar contra resistencia con la muñeca en desviación radial máxima desencadena dolor.

Características de las patologías más frecuentes

Síndrome del túnel carpiano

Se trata de una neuropatía por atrapamiento del nervio mediano a su paso a nivel de la muñeca. Es la causa más frecuente de parestesias en la mano.

El inicio de la clínica suele ser progresivo y de predominio nocturno. Los síntomas más frecuentes son el dolor, las parestesias y la sensación de tumefacción en el territorio del nervio mediano, que en el 50% de los casos pueden ser bilaterales. La atrofia de eminencia tenar y la debilidad y dificultad para los movimientos de abducción y oposición del 1er dedo suelen ser signos de patología avanzada.

El diagnóstico es clínico pero el EMG permite confirmar el diagnóstico y la severidad de la enfermedad. Asimismo la radiografía es útil en casos con antecedente traumático.

El tratamiento se basa en evitar las causas que lo favorecen y suele ser conservador en los casos leves (reposo, AINEs y/o férula dorsal nocturna). A pesar de ello no es infrecuente recurrir al tratamiento quirúrgico, cuyas indicaciones dependerán de la severidad de los síntomas y la gravedad de la compresión.

Tendinitis de De Quervain⁸

La tendinitis de De Quervain es una tenosinovitis estenosante que afecta a la vaina del tendón del abductor largo y del extensor corto del pulgar.

La causa más frecuente del engrosamiento y la inflamación de dicha vaina suelen ser los movimientos repetidos.

Clínicamente aparece dolor agudo o subagudo en la cara externa de la muñeca, a nivel de la estiloides radial, irradiado hacia el pulgar y a la diáfisis del radio, que aumenta con los movimientos de flexión, extensión y abducción del pulgar.

El diagnóstico es eminentemente clínico aunque se puede recurrir a la ecografía para confirmarlo si existen dudas y esto no suele ser necesario.

De entrada el tratamiento es sintomático y conservador mediante reposo, inmovilización funcional y AINEs. En algunos casos puede ser necesaria una férula de inmovilización con el pulgar en posición neutra. Si el paciente no responde a estas primeras medidas terapéuticas una opción bastante extendida es la de la infiltración con corticoides. En general, se considera que hay que derivar al paciente si no existe respuesta tras 3 meses de tratamiento.

El tratamiento quirúrgico se reserva para casos que no responden a la terapia convencional y se basa en la liberación de los tendones de la vaina que los comprime.

Enfermedad de Dupuytren

Esta patología, de etiología desconocida, consiste en una contractura de la aponeurosis palmar por fibrosis de la misma, que tiene una evolución progresiva.

Este fenómeno da lugar a un nódulo o engrosamiento de la piel en esta zona que llega a afectar a los dedos y que posteriormente puede originar retracción de los dedos, sobretodo en las articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales de los dedos centrales.

El diagnóstico es clínico y no son necesarias exploraciones complementarias.

Ninguno de los tratamiento conservadores se ha demostrado eficaz hasta el momento y la cirugía solo se indica en aquellos casos con pérdida funcional de la mano.

Dedo en gatillo

Se caracteriza por un desajuste entre el tendón flexor del dedo en relación a su envoltura a nivel de la cabeza metacarpiana.

Clínicamente se manifiesta por la aparición de un salto doloroso al realizar la extensión del dedo afectado.

Habitualmente el diagnóstico es clínico y solo se requieren exploraciones complementarias ante la sospecha de otros procesos concomitantes.

En cuanto a tratamiento se han demostrado útiles tanto las férulas como los corticoides intralesionales. En caso de no respuesta, está indicada la cirugía, tratamiento altamente eficaz.

Ganglión ⁹

Los quistes sinoviales o gangliones son nódulos subcutáneos de pequeño tamaño que pueden aparecer en la mano y en la muñeca y cuyo contenido es un líquido mucoso, derivado del sinovial, contenido en una membrana fibrosa no endotelial.

Se presentan más frecuentemente en las mujeres (3:1) y en adultos jóvenes (el 70% entre 20 y 40 años de edad). Su localización es variable, aunque predomina en la región escafo-navicular dorsal (60% de los casos) y entre la arteria radial y el palmar mayor (20% de los casos), de modo que suelen ser superficiales y fácilmente palpables. Su evolución es variable y frecuentemente cambian de tamaño. En muchos casos desaparecerán espontáneamente.

A la exploración se caracterizan por ser nódulos de consistencia firme y fijos a los planos osteoarticulares. Ocasionalmente pueden ser dolorosos, especialmente al inicio de su aparición o con el uso constante de la mano.

Su diagnóstico es clínico y solo se tratarán aquellos gangliones que sean muy sintomáticos o de tamaño muy importante. En estos casos se realiza exéresis del quiste y su base. Las recidivas son raras.

Eritema pernio (Sabañones) ¹⁰

Es una lesión cutánea inflamatoria que aparece como una reacción anormal al frío.

La sufren las personas sensibles al frío, éste produce una constricción de arteriolas y vénulas y conduce a una reacción inflamatoria con infiltración linfocítica.

Son lesiones pápulonodulares violáceas sensibles, pruriginosas, ampollosas y necróticas localizadas, generalmente, en partes acras como los dedos.

Se aconsejan medidas terapéuticas generales como usar guantes y evitar el frío. Existen múltiples tratamientos propuestos, pero no existen evidencias para ninguno de ellos, excepto el nifedipino que en varios ensayos se ha demostrado eficaz. En casos muy intensos se puede recurrir a este tratamiento.

Bibliografía

1. Shipley M. ABC of Rheumatology: pain in the hand and wrist. BMJ 1995;310:239-243. [\[PMID: 7866131\]](#) [\[Texto completo\]](#)
2. Prieto Valtueña JM. Noguer y Balcells: Exploración clínica práctica. 26ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p.120-123.
3. Jiménez López A. Manual de exploración. 3ª ed. Salamanca: Librería Cervantes; 2000. p. 294-297.
4. Swash M. Métodos clínicos. En: Hutchinson's. Madrid: Marban; 2002. p. 254-256.
5. Borrell F. Dolor y hormigueo de las manos. Tomo 2: Motivos de consulta frecuentes. Exploración física orientada a los problemas. Barcelona: FMC, Doyma; 2004.
6. Olivera Cañadas G, Valencia García H, Moreno Velasco A. Traumatismos de miembros superiores en atención primaria. FMC 2006; 13: 29-38.
7. Montull S, Salvat I, Inglés M, Miralles I. La mano reumatológica: exploración y tratamiento. Fisioterapia 2004; 26 (2): 55-77.
8. Rodríguez Alonso JJ, Olivera Cañadas G, Valencia García H, Moreno Velasco A. Traumatismos de miembros superiores en Atención Primaria. Formación Médica Continuada. FMC 2006; 13: 29-38.
9. Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. 2ª ed. Madrid: McGraw Hill, Interamericana; 2005.
10. Peyrí J. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Dermatosis de causas físicas. Dermatosis producidas por el frío. [Internet]. Asociación Española de Pediatría [acceso 30/11/2006]. Disponible en: www.aeped.es [\[Entrar\]](#)

Más en la red

Revisiones sobre "Hand Injuries"[MeSH en Medline [\[Buscar\]](#)

Daniels JM 2nd, Zook EG, Lynch JM. Hand and wrist injuries: Part I. Nonemergent evaluation. Am Fam Physician. 2004 Apr 15;69(8):1941-8. [\[Texto completo\]](#)

Daniels JM 2nd, Zook EG, Lynch JM. Hand and wrist injuries: Part II. Emergent evaluation. Am Fam Physician. 2004 Apr 15;69(8):1949-56. [\[Texto completo\]](#)

Autores

Blanca de Gispert Uriach	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Núria Turmo Tristan	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

CAP Sant Martí. Instituto Català de la Salut. Barcelona-España

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

