

Artroscopia de la muñeca

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 47 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
2-6 weeks	12 months	12 months
El regreso a actividades ligeras y al trabajo de oficina suele ocurrir entre 2 y 6 semanas; no obstante, algunos pacientes pueden experimentar rigidez transitoria.	Por lo general, se observa una mejora significativa del dolor y la discapacidad en el transcurso de un año; la mayoría de los pacientes logran una recuperación funcional completa para entonces.	La máxima mejora suele notarse durante el primer año postoperatorio; sin embargo, en algunos pacientes pueden persistir niveles moderados de dolor y discapacidad.

¿Por qué se ha sugerido esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por ofrecer las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos un historial clínico detallado, examinamos su muñeca y solicitamos estudios de imagen cuando resultan necesarios para averiguar qué está causando su dolor.

La artroscopia de muñeca es una operación en la que se utiliza una pequeña cámara dentro de la articulación de la muñeca para observar de cerca las superficies articulares y los tejidos blandos. Normalmente la sugerimos cuando el dolor de muñeca ha durado más de 3 meses, no ha mejorado con tratamientos no quirúrgicos –como modificaciones en las actividades, terapia de la mano, uso de férulas o inyecciones– y cuando los estudios de imagen y la exploración no han dado una respuesta lo bastante clara. También puede recomendarse después de una fractura o de una lesión de ligamentos, para revisar las superficies articulares y los tejidos blandos y para

tratar algunos problemas en el mismo acto. La operación también puede ayudar con la rigidez, algunos tipos de artritis y los problemas de ligamentos de larga evolución. En promedio, las personas operadas por dolor de muñeca persistente mejoraron alrededor de un 50 % al cabo de un año; no obstante, la mayoría seguía presentando cierto grado de dolor y discapacidad. El objetivo principal es menos dolor, mejor movilidad y una muñeca más estable, algo que decidiremos junto con usted.

Antes de la operación

Su cirujano le dará instrucciones claras antes del día de la operación, y aquí repasamos los aspectos prácticos. Deberá dejar de comer y beber a partir de siete horas antes de la operación. Pedimos siete horas en lugar de las seis habituales para poder adelantar su operación si el programa quirúrgico va adelantado. Lleve una lista de los medicamentos que toma actualmente; su cirujano le indicará si es necesario suspender alguno antes de la operación. Organice que alguien lo lleve a casa después y vístase con ropa holgada y cómoda. Los estudios de imagen, como una radiografía, una resonancia magnética o una ecografía, ayudan a planificar la operación, y normalmente se solicitan en su consulta. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista.

El día de la intervención

El día de la operación, acudirá a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital. Allí le registrarán y le prepararán para el quirófano. Posteriormente conocerá al anestesista, el médico encargado de la anestesia y del alivio del dolor. Esta intervención se realiza bajo anestesia general. Usted permanecerá completamente dormido durante toda la operación. En algunos pacientes también se puede aplicar un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesista decidirá ese día según sus circunstancias individuales.

A continuación, será trasladado al quirófano, donde se llevará a cabo la operación. Cuando termine, despertará en la sala de recuperación. Allí las enfermeras le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta hospitalaria o volverá a casa, según el tipo de intervención y su recuperación.

Qué implica la operación

La artroscopia de muñeca es una operación mínimamente invasiva. Su cirujano realiza algunas incisiones pequeñas alrededor de la muñeca, y a través de una de ellas se introduce una pequeña cámara para poder ver el interior de la articulación en una pantalla. Durante la operación, su brazo se mantiene firme y sus dedos quedan suspendidos suavemente en unos dispositivos de sujeción blandos para los dedos, con una tracción constante sobre la muñeca que abre la articulación y crea espacio para trabajar. Se hace circular agua salina por la articulación para mantener la visión nítida.

Una vez colocada la cámara, su cirujano puede observar de cerca las superficies articulares y los tejidos blandos, incluido el cartílago que recubre los huesos y los ligamentos que mantienen unidos los pequeños huesos de la

muñeca. Lo que se haga a continuación depende de lo que se encuentre. Se pueden retirar fragmentos sueltos de cartílago o de hueso. El revestimiento inflamado de la articulación puede recortarse. Pueden tratarse un quiste o una banda gruesa de tejido. Los ligamentos desgarrados, incluido el cartílago triangular del lado del dedo meñique de la muñeca, pueden recortarse o repararse. Si hay un hueso roto, los fragmentos pueden alinearse con precisión bajo la visión de la cámara y fijarse con tornillos o agujas mientras consolidan. Si la muñeca se ha quedado rígida después de una lesión o de una operación anterior, puede liberarse el tejido tenso para devolverle movilidad.

Al final, las incisiones pequeñas se cierran con puntos de sutura. Se coloca un vendaje sobre la muñeca y, por lo general, la mano queda sujeta con una venda o una férula. El vendaje se deja puesto durante unos 10 días, y le explicaremos cómo cuidar las heridas mientras tanto.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras el efecto de la anestesia desaparece. Por lo general, se trata de una intervención ambulatoria, por lo que podrá volver a casa el mismo día; no obstante, en ocasiones los pacientes permanecen una noche en el hospital. Su muñeca estará cubierta con un vendaje, y es posible que la mano quede sujeta con una venda o una férula. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo quitaremos cuando venga a la consulta. Antes de que se vaya a casa se le planificará el alivio del dolor; tome los analgésicos según las indicaciones. Si le aplicaron un bloqueo nervioso, es normal tener entumecimiento y debilidad durante las primeras 24 horas. Una vez que desaparezca el efecto, a las 24 horas aproximadamente, llame a la clínica si los dedos siguen entumecidos o no puede moverlos. Pida a alguien que se quede con usted durante las primeras 24 horas. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, salida de líquido o pus por ella, o un dolor que sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Acuda al servicio de urgencias si los dedos o la mano se vuelven pálidos, fríos, blancos, azules u oscuros, ya que puede tratarse de un problema de circulación. Mantenga la mano elevada cuando esté en reposo para ayudar a que baje la hinchazón. La mayoría de las personas se mueven por casa con normalidad desde el día de la operación; no necesita guardar reposo en cama.

Recuperación

Durante los primeros días, la muñeca le dolerá y estará hinchada, y es posible que sienta los dedos rígidos. Mantener la mano elevada cuando esté en reposo ayuda a que baje la hinchazón. Tome los analgésicos según las indicaciones, y cuente con que las molestias vayan disminuyendo de forma constante con el paso de los días.

La mayoría de las personas se mueven por casa con normalidad desde el día de la operación. Al principio necesitará que otra persona se encargue de levantar objetos pesados y de conducir. Una vez que se haya retirado cualquier férula y pueda sujetar el volante cómodamente, podrá volver a conducir; nuestra página sobre [conducción tras una cirugía de miembro superior](#) lo explica con más detalle. El vendaje se deja puesto durante unos 10 días, y revisaremos las heridas cuando venga a la consulta.

La terapia de la mano es una parte importante para que la muñeca vuelva a moverse. Su rehabilitación será con Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta de mano: le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite a lo largo del proceso. Al principio, el objetivo es el movimiento suave y el control de la hinchazón. A medida que la muñeca se calma, los ejercicios progresan hacia agarrar, levantar y usar la mano en las tareas cotidianas. La recuperación sigue un patrón paso a paso, y el movimiento coordinado entre la muñeca y los dedos sigue mejorando a medida que pasan las semanas.

La rapidez con la que vuelva al trabajo, al deporte o al gimnasio depende de lo que se haya encontrado y reparado dentro de la muñeca, así como de su trabajo y de sus aficiones. Su cronograma podría ser distinto al de otra persona; nosotros y su terapeuta le guiaremos en cada etapa.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

La infección es poco frecuente después de esta operación, pero es importante cuando se produce. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus por ella. Llame también a la clínica ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Ante una infección grave en la profundidad de la muñeca, a veces se necesita otra operación, aunque esto es muy poco frecuente.

Los dispositivos de sujeción que sostienen los dedos durante la operación pueden dejar doloridas las articulaciones de los dedos después, o causar una contusión en los tejidos blandos o en los pequeños nervios de un dedo. En la mayoría de los casos, esto se resuelve por sí solo. Coméntelo en su próxima revisión si un dedo sigue dolorido o tiene una sensación extraña.

El líquido que se utiliza para llenar la articulación durante la operación puede, en ocasiones, filtrarse a los tejidos del antebrazo. Esté atento a una hinchazón en el antebrazo que aumenta rápidamente, junto con tensión y un dolor que no deja de crecer. Llame a la clínica de inmediato si nota esto.

Los nervios cercanos a la muñeca pueden irritarse o lesionarse durante la operación. Puede notar entumecimiento, hormigueo o una zona de piel con una sensibilidad distinta una vez que haya desaparecido el efecto del bloqueo nervioso, a las 24 horas aproximadamente. Es normal tener entumecimiento y debilidad durante las primeras 24 horas después de un bloqueo nervioso. Llame a la clínica si el entumecimiento dura más que eso, o si no puede mover los dedos o la mano una vez que haya desaparecido el efecto del bloqueo. Si no logra contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas habituales, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de las personas se recuperan sin problemas, pero conviene saber a qué prestar atención. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, salida de líquido o pus por ella, o un dolor que sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Llame a la clínica si los dedos siguen entumecidos o no puede moverlos una vez que haya desaparecido el efecto del bloqueo nervioso, a las 24 horas aproximadamente. Acuda al servicio de urgencias si la pantorrilla se le hincha o le duele, si le falta el aire o tiene dolor en el pecho, o si los dedos o la mano se vuelven pálidos, fríos, blancos, azules u oscuros. Pueden ser signos de un coágulo de sangre o de un problema de circulación. Si no logra contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Dónde leer más sobre esta afección?

Esta página trata sobre la operación en sí. La afección que se trata, así como las evidencias sobre cuándo la cirugía resulta útil y cuándo no, se explican con mayor detalle en la página [Lesiones de los ligamentos de la muñeca](#).

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Artroscopia de la muñeca

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 47 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Ruptura del injerto	7%	Específico de la reconstrucción artroscópica del CFCT (complejo del fibrocartílago triangular); recurrencia de inestabilidad o falla del injerto.
Rigidez	5.07%	Es común la rigidez transitoria de la muñeca y los dedos; la rigidez permanente es poco frecuente, aunque se ha reportado.
Lesión tendinosa	3.19%	Incluye tendinitis del extensor cubital del carpo (ECU), ruptura tendinosa y laceración; el riesgo aumenta con la ablación térmica o una colocación inadecuada de los portales.
Quiste ganglionar	1.24%	Desarrollo de nuevos quistes ganglionares en los sitios de los portales, especialmente en el portal 3-4.
Lesión nerviosa	1.17%	Lo más frecuente es la lesión de la rama sensitiva dorsal del nervio cubital o traumatismo del nervio interóseo posterior; la tasa varía según el estudio.
Infección	0.6%	Las infecciones superficiales en los sitios de los portales son poco comunes; las infecciones profundas son raras.
Daño cartilaginoso	0.5%	Lesión iatrogénica del cartílago articular, generalmente debida al uso inadecuado de instrumentos o a la ablación térmica.
Síndrome compartimental	Rare	Extravasación de líquido que provoca síndrome compartimental; se requiere fasciotomía de emergencia.
Hematoma	Rare	Complicación menos frecuente, a menudo asociada a la extravasación de líquido o a sangrado.

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE – NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)	FIRMA	FECHA