

Ganglio en la vaina del tendón flexor

Un quiste ganglionar en la vaina del flexor: un quiste pequeño y duro en la base del dedo.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



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

Qué está sintiendo

Tiene un bulto pequeño y firme en la palma de la mano, generalmente cerca de la base de un dedo. Se encuentra sobre el túnel tendinoso que permite el movimiento de flexión del dedo. Ese bulto es un quiste ganglionar: un saco lleno de líquido que se forma a partir del revestimiento de dicho túnel tendinoso. Puede sentirse como un guisante bajo la piel.

El bulto puede doler, especialmente al agarrar o apretar algo. Presionarlo resulta incómodo. Las actividades que obligan a doblar el dedo contra el bulto también causan dolor; por ejemplo, agarrar el volante del coche, llevar bolsas de la compra o sostener una herramienta. En algunas personas, el bulto se vuelve más evidente tras utilizar mucho la mano.

Un bulto en esta zona puede confundirse fácilmente con otras afecciones. El dedo en gatillo, en el que el dedo se atasca o “clic” al doblarse, produce síntomas similares. También lo es la enfermedad de Dupuytren, en la que bandas de tejido tiran de los dedos hacia la palma. Su cirujano examinará el bulto para determinar cuál de estas condiciones padece. Estudios como la ecografía pueden ayudar a confirmar su naturaleza.

Los quistes ganglionares suelen evolucionar con el tiempo. Muchos se reducen por sí solos, aunque esto puede tardar años. Algunos permanecen del mismo tamaño o crecen lentamente. Se puede extraer el líquido del bulto mediante una aguja; esto suele aliviar los síntomas durante un tiempo, pero el quiste suele reaparecer. La cirugía para extirparlo por completo reduce considerablemente la probabilidad de recurrencia.

Si el bulto le causa dolor o le dificulta las actividades diarias, existen buenas opciones de tratamiento. En primer lugar, se suele intentar la aspiración del líquido. Cuando el problema persiste, la extirpación quirúrgica del quiste también constituye una solución eficaz.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El dedo se dobla gracias a un tendón, una cuerda resistente que va desde el antebrazo, a través de la palma de la mano, hasta el dedo. Este tendón se desliza por un túnel ajustado llamado vaina tendinosa. El revestimiento de dicho túnel produce una pequeña cantidad de líquido que actúa como aceite en una bisagra, permitiendo que el tendón se desplace sin fricción.

Un ganglio se forma cuando parte de ese revestimiento se abulta y se llena de un líquido espeso y transparente. Es algo similar a la formación de una pequeña ampolla en la pared del túnel. La bolsa permanece conectada al túnel, motivo por el cual extraer el líquido con una aguja no siempre soluciona el problema; mientras persista esa conexión, la bolsa puede volver a llenarse.

El bulto en sí es inofensivo, pero ocupa un espacio que escasea en esa zona. Por eso, agarrar o apretar objetos puede causar dolor: la bolsa hinchada ejerce presión sobre los tejidos circundantes. Esta misma compresión explica por qué un bulto en este lugar puede situarse cerca de las estructuras responsables de que el dedo “chasquee” o se trabe, y por qué el cirujano debe determinar con precisión qué condición padece el paciente.

La mayoría de estos bultos evolucionan de forma estable con el tiempo. Alrededor del 40 % disminuyen de tamaño durante los primeros 6 años tras su diagnóstico. Algunas personas son simplemente más propensas a desarrollarlos; además, las muñecas con mayor laxitud articular parecen favorecer la aparición de ganglios. Si se extirpa quirúrgicamente, hay aproximadamente un 10 % de probabilidad de que vuelva a formarse en el mismo lugar.

Lo más importante es saber qué no es este bulto: no es cáncer ni se propaga a otras partes del cuerpo. Se trata simplemente de una acumulación de líquido proveniente de un revestimiento ya presente en la mano. Comprender esto puede hacer que las decisiones futuras parezcan menos intimidantes: observar y esperar, drenarlo o extirparlo.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con 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 sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos un historial clínico detallado, examinamos el bulto y, si es necesario, programamos una ecografía para confirmar su naturaleza.

Como ya se mencionó, muchos de estos bultos desaparecen por sí solos. Si el suyo no le causa dolor ni le dificulta las actividades diarias, quizás optemos simplemente por vigilarlo. Modificar la forma en que agarra o sostiene objetos puede reducir la presión sobre el bulto. La terapia de la mano busca mantener el movimiento de los dedos sin molestias y aliviar el dolor al usar la mano.

Con frecuencia, lo primero que se intenta es extraer el líquido con una aguja. Esta drena el líquido espeso del saco, lo que reduce temporalmente el tamaño del bulto. Sin embargo, la conexión con el túnel tendinoso suele

permanecer abierta, por lo que el bulto a menudo vuelve a formarse. Discutimos este procedimiento con usted antes de la cirugía, ya que para algunas personas evita la necesidad de una operación.

Si el bulto sigue siendo problemático tras estos pasos, hablamos sobre la posibilidad de extirparlo mediante cirugía. La operación consiste en retirar todo el saco y su conexión con el túnel tendinoso, lo que disminuye el riesgo de que reaparezca. No obstante, toda intervención quirúrgica deja una cicatriz y conlleva ciertos riesgos de complicaciones, los cuales analizamos con usted. En algunos casos, la cirugía no alivia el dolor ni mejora el funcionamiento de la mano tanto como dejar el bulto tal cual; por eso evaluamos esta opción juntos. Si su trabajo o sus pasatiempos requieren un agarre fuerte con la muñeca doblada hacia atrás, hablaremos sobre la posibilidad de que persistan el dolor y la rigidez tras la cirugía en la parte dorsal de la muñeca.

Qué esperar

La mayoría de estos bultos evolucionan de forma tranquila. Algunos mantienen el mismo tamaño, y unos pocos crecen lentamente. El dolor suele aparecer y desaparecer según el uso que haga de la mano.

Si deja el bulto sin intervención, hay una buena probabilidad de que desaparezca por sí solo, aunque eso puede tardar años. Extraer el líquido suele aliviar los síntomas durante un tiempo, pero la mayoría de los quistes ganglionares vuelven a aparecer después. La extirpación quirúrgica del bulto reduce la probabilidad de recurrencia; quienes se someten a esta operación refieren una mejor función de la mano y menos dolor a las 6 semanas. No obstante, la cirugía no garantiza que la mano quede completamente libre de dolor, y en algunas personas no resulta más eficaz que dejar el bulto tal cual.

Si el bulto se extirpa y no vuelve a aparecer, la mayoría de las personas retoman su vida normal. La cicatriz se va suavizando con el paso de los meses. No obstante, algunos bultos vuelven a crecer en el mismo lugar incluso tras una extirpación cuidadosa; por eso revisaremos esa zona en sus visitas de seguimiento. En tal caso, usted y su cirujano podrán decidir cuál es el siguiente paso a seguir.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de los bultos de este tipo son inofensivos y pueden esperar a una consulta rutinaria. Acuda a su médico de cabecera si el bulto le duele, está creciendo o le dificulta agarrar objetos o realizar sus tareas diarias. Solicite una evaluación especializada si al doblar el dedo este se traba o hace “clic”, o si sus dedos se desvían hacia la palma de la mano; estos síntomas pueden indicar otra afección que requiere un tratamiento distinto. Acuda a urgencias si la mano se vuelve caliente, roja e hinchada, o si aparece fiebre, ya que una infección necesita atención inmediata. Busque atención urgente si nota entumecimiento, hormigueo o debilidad nueva en el pulgar o los dedos, pues un bulto que comprime un nervio puede provocar problemas permanentes si no se trata a tiempo.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. El ganglio en la vaina del tendón flexor merece ser leído con atención, ya que se trata del bulto más pequeño en cirugía de mano que, de manera constante, provoca síntomas desproporcionados; además, lo que lo une a otras estructuras determina tanto el motivo del dolor como el porqué los tratamientos sencillos no surten efecto.

UN BULTO DEL TAMAÑO DE UN GUISANTE QUE DUELE DE FORMA DESPROPORCIONADA

Estos quistes, también denominados quistes retinaculares o gangliones retinaculares volares, se originan en la vaina fibrosa que mantiene los tendones flexores adheridos a los huesos de los dedos [1]. Se localizan en la base del dedo, en la palma de la mano; suelen medir solo unos pocos milímetros de diámetro y son firmes en lugar de blandos.

El síntoma es característico y se explica fácilmente una vez que se comprende la anatomía: dolor al agarrar objetos duros y estrechos, como un volante, un palo de golf, el manillar de una bicicleta o el asa de una bolsa de compras. El quiste queda atrapado entre el objeto y el hueso subyacente, y no hay tejido blando que lo amortigue, ya que la vaina está adherida directamente a la falange.

Por eso la relación entre el tamaño del quiste y los síntomas es tan débil. Un bulto grande y blando en el dorso de la muñeca puede ser indoloro, mientras que una lesión mucho más pequeña en la base de un dedo puede llegar a limitar seriamente la movilidad.

LA MISMA REGLA QUE PARA CUALQUIER OTRO GANGLIO

Su comportamiento depende de a qué estructura está conectado. Este quiste se origina en la vaina tendinosa y se llena a partir de ella; por lo tanto, su mecánica es idéntica a la de los ganglios de muñeca y los quistes mucosos: el saco quístico es solo la manifestación visible del problema, no su origen.

En consecuencia, puncionar o aspirar el quiste soluciona el hinchazón, pero no el origen de la fuga de líquido. Es frecuente que el quiste reaparezca tras un drenaje simple; el tratamiento definitivo consiste en extirpar el quiste junto con la porción afectada de la vaina tendinosa de la que proviene.

¿POR QUÉ LA OPERACIÓN PARECE MENOR DE LO QUE PARECE, PERO NO ES TRIVIAL?

La escisión es un procedimiento breve que se realiza mediante una incisión pequeña en la base del dedo, y generalmente resulta curativa. Dos características anatómicas justifican la necesidad de extremar el cuidado en esa zona.

Los nervios digitales discurren justo al lado de la vaina flexora, uno a cada lado; en la base del dedo, estos nervios se encuentran en una posición superficial y cercana a las estructuras mediolaterales que se van a extirpar. La aparición de una zona entumecida a lo largo de uno de los bordes del dedo es un riesgo conocido de cualquier operación pequeña en esta zona.

En segundo lugar, solo se puede extirpar la porción redundante de la vaina. Las poleas que mantienen los tendones adheridos al hueso son estructuras que soportan carga; si se pierde una de ellas, el tendón tiende a

separarse del dedo, lo que debilita la capacidad de agarre. Por ello, la escisión se limita deliberadamente al segmento de la vaina que no cumple esa función.

¿CUÁNDO DEJARLO SIN TRATAR?

Dado que esta lesión es benigna y no crece indefinidamente, el tratamiento se decide únicamente en función de los síntomas. Una quiste que es visible pero no causa dolor durante el agarre diario no requiere ninguna intervención. Cuando sí se trata, es porque una actividad específica y repetida resulta afectada; esto constituye un indicador más claro que la mayoría de los demás, ya que la forma de agarre que provoca el problema suele ser fácil de identificar para la persona afectada.

Los quistes relacionados en la articulación de la punta del dedo y en la muñeca se tratan en sus propias páginas; el principio común a los tres casos es que es el tallo del quiste, y no la propia bolsa, lo que determina si el problema volverá a aparecer.

REFERENCIAS

[1] Foret AL, Chhabra AB. Gangliones del retináculo volar. J Hand Surg Am. 2012;37(3):566-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.05.013>