

Excisión de quiste mucoso (con colgajo local)

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

¿Por qué se ha sugerido esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por proponer 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. Una evaluación clínica, que incluye su historia clínica, un examen físico y estudios de imagen cuando es necesario, permite establecer el diagnóstico.

El quiste mucoso es un pequeño bulto lleno de líquido que se forma cerca de la articulación distal de un dedo, generalmente en la piel afectada por la artritis degenerativa en dicha articulación. Esta operación consiste en extirpar el quiste y cubrir la zona con un pequeño colgajo de piel cercana. Normalmente intentamos primero tratamientos no quirúrgicos, como modificar las actividades, realizar terapia de la mano o usar férulas, y consideramos la cirugía cuando estos no producen mejoría suficiente. En algunos casos, se recomienda la cirugía de inmediato.

El objetivo de la operación es eliminar el quiste de forma definitiva. La tasa de recurrencia tras este tipo de cirugía es baja, del 1,4%, y la mayoría de los pacientes quedan satisfechos con el aspecto de la cicatriz y volverían a optar por la operación. Analizaremos si esta intervención es adecuada para usted y tomaremos la decisión juntos.

Antes de la operación

Su cirujano planificará la operación mediante estudios por imagen como radiografías, resonancia magnética o ecografía. La mayoría de las personas no necesitan otros exámenes. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una evaluación con el anestesista. Debe abstenerse de comer y beber durante siete horas antes de la cirugía; pedimos un tiempo algo mayor de lo habitual para poder adelantar su intervención si la lista de quirófanos lo permite. Su cirujano le indicará qué medicamentos debe suspender y

cuándo. Lleve consigo una lista de todos los fármacos que toma, organice el transporte a casa y vístase con ropa cómoda y de manga holgada.

El día de la intervención

Llega usted a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Allí conocerá al anestesta. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día.

A continuación, se le lleva al quirófano, donde se realiza la operación. Después, despierta usted en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y su recuperación.

¿En qué consiste la operación?

El cirujano realiza una pequeña incisión sobre el bulto, cerca de la articulación distal del dedo. A través de dicha incisión, extrae el quiste y elimina el pequeño espolón óseo que suele encontrarse junto a él. Ese espolón se genera por el desgaste producido por la artritis en la articulación; es una causa frecuente de la reaparición de estos quistes, por lo que su extirpación constituye un paso esencial de la intervención.

Una vez eliminados el quiste y el espolón óseo, el cirujano cubre la zona con un pequeño colgajo de piel cercana. Este colgajo se levanta, se desplaza para cubrir el espacio dejado por el quiste y se sutura en su lugar. De este modo, se coloca piel nueva sobre la articulación, favoreciendo una cicatrización completa. Los puntos de sutura pueden ser reabsorbibles o removibles; el cirujano le indicará qué tipo se ha utilizado.

Toda la operación se realiza a través de esa única incisión pequeña en el extremo del dedo. No se intervienen las articulaciones o tendones más profundos, salvo que los hallazgos intraoperatorios lo requieran.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras el efecto de la anestesia desaparece. Su dedo tendrá un vendaje y es posible que permanezca entumecido durante un tiempo. Se le administrará analgesia antes de que el entumecimiento ceda; avise a las enfermeras si siente molestias, pues podrán ajustar el tratamiento. Podrá moverse en cuanto se sienta estable; no es necesario mantener la mano inmóvil. Alguien debe acompañarlo durante las primeras 24 horas. Su equipo le indicará si podrá volver a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. 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 retiraremos cuando vengamos a verlo.

Recuperación

Durante los primeros días, el dedo le dolerá y estará un poco hinchado. Esta hinchazón disminuye progresivamente. Mantener la mano elevada sobre una almohada, especialmente por la noche, ayuda a aliviar el dolor pulsátil. Por lo general, los analgésicos simples indicados por su equipo médico son suficientes.

Se le permite volver a casa con el vendaje puesto; este permanece en su lugar unos 10 días, hasta que vengamos a verle y lo cambiemos. No es necesario mantener la mano inmóvil, por lo que podrá realizar tareas ligeras en casa en cuanto se sienta estable. Evite agarrar objetos pesados y mantenga el vendaje seco.

Una vez retirado el vendaje, el colgajo de piel sobre la articulación suele estar sanando bien. La cicatriz se suaviza y desvanece con el tiempo; la mayoría de las personas quedan satisfechas con su aspecto. La movilidad en la última articulación del dedo vuelve a normalizarse a medida que disminuye la hinchazón. La terapia de la mano posterior a la cirugía la realizará Ruby Doolan en Extend Rehabilitation; ella le guiará en los ejercicios y confeccionará una férula si fuera necesario.

La recuperación varía de una persona a otra, por lo que su cronograma podría ser distinto. Su cirujano y su terapeuta de mano le guiarán en cada control; notará que todo avanza según lo previsto cuando la hinchazón disminuya, la herida se cierre y pueda agarrar y doblar el dedo sin dolor.

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.

En algunos casos, el quiste vuelve a formarse en el mismo lugar. Notará la aparición de un bulto pequeño y duro cerca de la articulación distal del dedo, similar al que tenía antes. Si observa que se está formando, hágase saber en su próxima consulta. La extirpación del pequeño espolón óseo situado junto a la articulación tiene como objetivo prevenir este fenómeno.

El colgajo cutáneo empleado para cubrir la zona debe cicatrizar adecuadamente. Si esto no ocurre, podrían separarse los bordes de la herida, el colgajo podría volverse pálido u oscuro, o la zona permanecería abierta y supurante en lugar de cerrarse. La cicatrización también podría ser más lenta de lo esperado. Si nota cualquiera de estos signos, comuníquese con la clínica para que evaluemos la herida y ajustemos su tratamiento.

Otra complicación a vigilar es la infección de la herida. Suele manifestarse como enrojecimiento que se extiende desde la zona quirúrgica, acompañado de calor, hinchazón o sensibilidad que empeoran en lugar de mejorar. Puede aparecer líquido o pus en la herida, así como un dolor profundo y pulsátil que no cede con analgésicos comunes. También podría sentir fiebre y malestar general. Si observa estos síntomas, llame de inmediato a la clínica. Si no logra contactarnos y se siente mal, acuda al servicio de urgencias más cercano.

La buena noticia es que, cuando esta intervención se realiza empleando un colgajo cutáneo, las complicaciones cutáneas como las descritas son poco frecuentes en las manos, y el quiste rara vez reaparece [3].

Si entre una consulta y otra nota algo en su dedo que le preocupe, no espere. Llámenos y describa lo que ve y siente. Una intervención temprana facilita la resolución de la mayoría de los problemas.

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

¿Cuándo deben llamarnos?

Llámenos si siente fiebre, si nota que el enrojecimiento alrededor de la herida se extiende, o si observa que sale líquido o pus de ella. Llámenos si el dolor empeora repentinamente y los analgésicos comunes no lo alivian; si siente entumecimiento en el dedo; o si no puede doblarlo ni enderezarlo. Acuda al servicio de urgencias más cercano si presenta hinchazón en la pantorrilla o dificultad para respirar, o si se siente febril y mal en general y no logra contactarnos. Si algo relacionado con el dedo le genera preocupación entre una consulta y otra, no espere.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La cirugía del quiste mucoso merece ser leída con atención, pues en realidad la operación no se centra en el quiste en sí; una vez que se comprende el motivo, todo lo relacionado con su realización cobra sentido.

EL QUISTE ES UN SÍNTOMA; EL OSTEOFITO ES LA ENFERMEDAD.

El quiste mucoso es un pequeño ganglio situado en la articulación más cercana a la uña, y casi siempre se forma sobre una artritis degenerativa en dicha articulación. La articulación dañada genera pequeños espolones óseos (osteofitos); el líquido sinovial encuentra una vía para escapar a través de ellos, y el quiste es el lugar donde se acumula bajo la fina piel dorsal.

Por eso la simple extirpación del quiste rara vez da buenos resultados: si se dejan los osteofitos y la fuga sin corregir, el quiste vuelve a llenarse. La mejor demostración de esto es una serie de casos en los que se hizo lo contrario: **se eliminaron únicamente los osteofitos y se dejó el quiste intacto**, lográndose una resolución completa en la mayoría de los casos [1]. La intervención debe entenderse como una desbridación articular en la que el quiste se trata incidentalmente, no como una extirpación del quiste con el tratamiento óseo como mera consideración posterior.

¿POR QUÉ SE UTILIZA UN COLGAJO Y POR QUÉ EN REALIDAD NO IMPORTA MUCHO CUÁL SE ELIJA?

La piel que cubre un quiste de larga evolución suele estar extremadamente delgada; una vez que se extirpan el quiste y esa piel fina, a menudo no queda suficiente piel sana para cerrar la herida directamente. Aquí es donde interviene el **colgajo local**: se toma una pequeña porción de piel vecina y se desplaza sobre el defecto, llevando consigo su propio aporte sanguíneo.

La técnica que el Dr. Hirpara emplea con mayor frecuencia sigue el método descrito por Johnson y colaboradores [2]: se trata de una intervención ambulatoria bajo anestesia local por bloqueo perineural; se

realiza una excisión elíptica del quiste en su totalidad, incluyendo la piel delgada que lo recubre; se sigue el cuello del quiste hasta la articulación y se reseca junto con la cápsula articular adyacente; se extirpan los osteofitos dorsales accesibles, cuidando de no dañar el tendón extensor; finalmente, el defecto se cierra con un **colgajo local de espesor total** obtenido del mismo lado del dedo, sin generar tensión. Los puntos de sutura se retiran al cabo de unas dos semanas.

En la serie publicada sobre esta técnica, compuesta por 75 pacientes consecutivos a lo largo de diez años, la tasa de recurrencia fue del **1,4%**; además, los pacientes mostraron alta satisfacción con la cicatriz y manifestaron disposición a someterse de nuevo a la operación [2].

El diseño del colgajo no es el factor determinante. El colgajo bilobulado de Zitelli permite una cobertura de buena calidad **sin aumentar el riesgo para la matriz ungueal** [3]; esto es importante, pues la zona de crecimiento de la uña se encuentra justo detrás del quiste. Asimismo, un estudio reciente que comparó otros dos diseños de colgajo no halló **diferencias en cuanto a satisfacción estética o complicaciones entre ellos** [4]. Otros centros han obtenido resultados aceptables mediante injertos de piel de espesor total, con tasas de recurrencia similares [5]; en una serie más reducida, la extirpación total de la cápsula articular dorsal no generó ninguna recurrencia [6]. En todos los casos, el factor común es el mismo: tratar adecuadamente la articulación y garantizar una buena cobertura cutánea.

CUANDO LA ARTICULACIÓN EN SÍ ES EL PROBLEMA

En ocasiones, el quiste es el problema menor; lo que realmente causa dolor es la artritis que se encuentra debajo. Si la articulación duele por sí misma, no solo presenta bultos, la extirpación del quiste solo elimina el “mensajero” pero no el “mensaje”. En tales casos, la solución definitiva puede ser **fusionar la articulación** (artrodesis), procedimiento mediante el cual se eliminan la artritis, el dolor y la fuente del quiste en una sola operación. Esta opción, sus ventajas y desventajas, así como el proceso de recuperación, se detallan en la página de [Fusión de la articulación DIP](#).

QUÉ PUEDE SALIR MAL

Los riesgos específicos derivan de la anatomía: la **matriz ungueal** se encuentra a pocos milímetros de distancia, por lo que puede aparecer una ranura o cresta en la uña (y, a la inversa, un quiste que presione sobre la matriz podría haber provocado ya dicha anomalía, que la cirugía puede corregir); la piel es delgada, por lo que en ocasiones la cicatrización requiere más tiempo; y la recurrencia –aunque es poco frecuente tras un correcto desbridamiento articular, como muestran las cifras anteriores– nunca es nula, ya que la artritis que originó el quiste sigue afectando a la articulación.

REFERENCIAS

[1] Lee HJ, Kim PT, Jeon IH, et al. Excisión de osteofitos sin extirpación del quiste en el tratamiento de los quistes mucosos digitales. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(3):258-261. <https://doi.org/10.1177/1753193413478549>

[2] Johnson SM, Treon K, Thomas S, Cox QG. Un tratamiento quirúrgico fiable para los quistes mucosos digitales. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(8):856-860. <https://doi.org/10.1177/1753193413508540>

- [3] Jiménez I, Delgado PJ, Kaempf de Oliveira R. El colgajo bilobulado de Zitelli para la cobertura cutánea tras la extirpación de quistes mucosos: estudio retrospectivo de 33 casos. J Hand Surg Am. 2017;42(7):506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.03.013>
- [4] Orieux A, Maximen J, Yvonnet T, et al. Resultados estéticos de los colgajos dorsal biquadrangular y de Hueston en la cirugía de quistes mucosos digitales. J Hand Surg Eur Vol. 2026;. <https://doi.org/10.1177/17531934261433822>
- [5] Jamnadas-Khoda B, Agarwal R, Harper R, Page RE. Uso del injerto de Wolfe en el tratamiento de los quistes mucosos. J Hand Surg Eur Vol. 2009;34(4):519-521. <https://doi.org/10.1177/1753193408103498>
- [6] Kanaya K, Wada T, Iba K, Yamashita T. Capsulectomía dorsal total como tratamiento de los quistes mucosos. J Hand Surg Am. 2014;39(6):1063-1067. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.03.004>