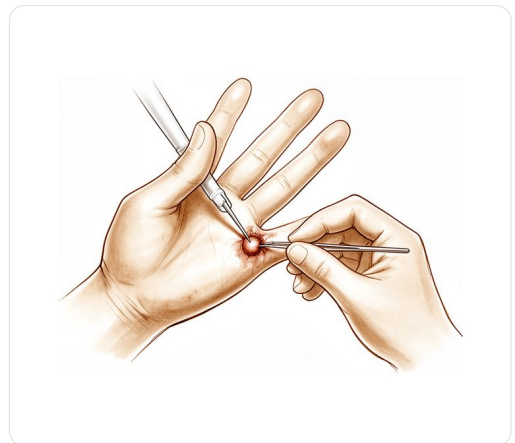


Excisión de el quiste sinovial de la vaina del flexor

Un ganglio en la vaina flexora (quiste retinacular volar) es un bulto pequeño y duro en la base de un dedo, en la cara palmar; se origina en la vaina tendinosa. La escisión permite extirpar tanto el quiste como un pequeño fragmento de dicha vaina.

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.

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras una pequeña intervención quirúrgica para extirpar un **ganglio en la vaina del flexor**, que es un quiste firme situado en la base de un dedo, en la cara palmar de la mano; el procedimiento fue realizado por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. El protocolo comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa, seguido de un plan clínico estructurado redactado **para su terapeuta de mano**; lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta de mano podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a la herida quirúrgica, no dude en contactar con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

Un quiste sinovial de la vaina flexora (también llamado *quiste retinacular volar*) es un bulto pequeño, firme y a menudo sensible al tacto; suele medir solo unos pocos milímetros de diámetro. Se forma a partir de la vaina por la que discurren los tendones flexores, justo en la base de un dedo en la cara palmar (con frecuencia sobre la banda firme denominada polea A1, en el pliegue donde el dedo se une a la palma). Este bulto está fijo a la vaina y no se mueve al doblar el dedo. Se trata de un bulto completamente benigno (no canceroso); es uno de los quistes sinoviales más comunes en la mano y la muñeca.

La intervención consiste en una **pequeña extirpación ambulatoria**. Mediante una incisión corta en zigzag en la palma, el Dr. Hirpara extrae el quiste junto con una pequeña porción de la vaina tendinosa de la que se originó. Se protegen cuidadosamente los dos pequeños nervios y vasos sanguíneos que discurren a cada lado del dedo. La vaina misma **no se repara**: dejarla abierta es intencionado y no debilita el dedo. Finalmente, la piel se cierra con suturas.

Dado que no hay estructuras internas del dedo que requieran protección durante la cicatrización, la recuperación es **rápida**: se logra en semanas, no en meses. El plan de tratamiento es sencillo: proteger la pequeña herida en la palma, controlar la hinchazón y comenzar movimientos suaves del dedo a los pocos días para evitar que este se vuelva rígido y que los tendones se adhieran a la cicatriz en proceso de curación. Una vez curada la herida, el masaje de la cicatriz y la desensibilización ayudan a normalizar la zona, permitiendo recuperar la fuerza de agarre. Es habitual experimentar algo de hormigueo o sensibilidad alrededor de la herida en las primeras etapas, a medida que los pequeños nervios cutáneos se recuperan; esto suele desaparecer en el transcurso de las siguientes semanas.

Precauciones y limitaciones

- Mantenga el vendaje limpio y seco hasta que la herida haya cicatrizado y se hayan retirado los puntos de sutura (generalmente alrededor del día 10–14). No se usa yeso ni férula; solo un vendaje blando.
- **SÍ** debe comenzar a realizar movimientos suaves con los dedos durante los primeros días (flexionar, extender y deslizar los tendones) para evitar la rigidez y la adherencia tendinosa.
- **SÍ** debe mantener la mano elevada y utilizarla para tareas cotidianas ligeras, siempre que sea cómodo.
- **NO** debe realizar agarres fuertes, levantar objetos pesados ni pellizcar con fuerza hasta que la herida se haya estabilizado (aproximadamente dos a tres semanas).
- **NO** debe masajear la cicatriz ni sumergir la mano en agua hasta que la herida esté completamente curada.
- **NO** debe conducir mientras el vendaje impida agarrar el volante de forma segura; esto suele durar aproximadamente la primera semana.

Para el cuidado de la herida, la hinchazón y la cicatrización, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta de mano, respetando todos los límites que le hayan indicado. Los ejercicios iniciales (cerrar y abrir suavemente el puño, deslizamientos tendinosos y control de la hinchazón) mantienen los dedos en movimiento y permiten que los tendones se deslicen desde los primeros días; esto es lo más importante para una recuperación sin complicaciones. El masaje de la cicatriz y la desensibilización se inician una vez que la herida haya cicatrizado por completo, mientras que el fortalecimiento de la prensión corresponde a una fase posterior (aproximadamente a partir de las dos o tres semanas). Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en la zona de la herida.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por fases para la rehabilitación tras la excisión de un ganglio de la vaina flexora (quiste retinacular volar). Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que ocurre. Se trata de una **excisión, no de una reparación**: la vaina tendinosa queda abierta y no existe ninguna estructura que la proteja. El programa sigue un enfoque de **movilización temprana**, basado en la protección de la herida, el control del edema, el deslizamiento tendinoso para evitar adherencias, así como el trabajo de cicatrización y desensibilización; no implica inmovilización protegida.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe operatorio y los antecedentes médicos, y consulte con el cirujano responsable respecto al dedo afectado, la extensión de la excisión de la vaina y la integridad de los paquetes neurovasculares digitales. La excisión realizada por el Dr. Hirpara se efectúa mediante una incisión palmar en forma de zigzag de Bruner sobre la zona A1/proximal de la vaina; se extirpa el quiste junto con un borde de la vaina. La vaina no se repara y no se aplica inmovilización alguna, salvo un vendaje blando. Es frecuente y autolimitado el fenómeno de parestesia transitoria de los nervios digitales.

FASE I – PROTECCIÓN DE LA HERIDA Y MOVILIZACIÓN TEMPRANA (SEMANA 0 A ~1)

Durante la primera semana se protege la pequeña herida en la palma y se inicia la movilización del dedo para evitar rigidez o formación de adherencias tendinosas. La mano se cubre con un **vendaje blando y voluminoso sin férula**, se mantiene elevada y, en cuestión de días, se inicia una movilización activa suave del dedo.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Solo vendaje blando y voluminoso, sin férula; mantenerlo limpio y seco hasta retirar los puntos (~día 10–14) - Proteger la herida de cargas pesadas; se permite un uso leve y sin carga de la mano, siempre que sea cómodo - Informar al paciente que la **parestesia o hipersensibilidad transitoria del nervio digital** alrededor de la herida es frecuente y se resuelve por sí sola

Manejo - Herida: aplicar el vendaje quirúrgico según indicaciones; vigilar posibles signos de infección - Edema: elevar la mano por encima del nivel del corazón, realizar movimientos suaves de bombeo con los dedos y aplicar hielo según sea necesario - Ejercicios: **movilización activa suave de los dedos (AROM)** (cierre de puño suave y extensión completa) y **deslizamientos tendinosos (posición de gancho, puño, dedos rectos)**, iniciados en los primeros días; también movilización activa de los demás dedos, el pulgar y la muñeca; uso funcional leve

Criterios para avanzar - La herida está estabilizada y sin signos de infección; el rango de movimiento activo es cómodo; listo para iniciar movilización activa completa y pasiva suave, según permita el estado de la herida

FASE II – MOVIMIENTO COMPLETO, CONTROL DEL EDEMA Y MANEJO DE LA CICATRIZ (SEMANAS ~1 A 3)

A partir de aproximadamente la primera semana, se progresa hacia un rango de movimiento activo completo y un movimiento pasivo suave (puño completo y extensión total). Una vez que la herida haya cicatrizado por completo y se hayan retirado los puntos de sutura, se inicia el masaje de la cicatriz y la desensibilización. Se continúa con el control del edema.

Para su terapeuta de mano:

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@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Evaluaciones - Amplitud de movimiento activo y pasivo de los dedos (objetivo: puño completo y extensión total); estado de la herida/cicatriz; hinchazón; sensibilidad de los nervios digitales

Educación y precauciones - Progresar hacia **movimiento activo completo y pasivo suave de los dedos** según la tolerancia del paciente - Iniciar **el masaje de la cicatriz y la desensibilización únicamente cuando la herida haya cicatrizado por completo** - Evitar el agarre fuerte y el pellizco vigoroso hasta que la herida se haya estabilizado

Manejo - Ejercicios: formar un puño completo y realizar extensión total; continuar con los deslizamientos tendinosos; estiramiento pasivo suave para corregir cualquier rigidez residual - Cicatriz: **masaje de la cicatriz + desensibilización mediante técnicas texturizadas** una vez cicatrizada; manejo del edema según sea necesario

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Movimiento activo completo y sin dolor; herida cicatrizada; cicatriz en proceso de estabilización; listo para aumentar la carga de trabajo

FASE III – FORTALECIMIENTO Y RETORNO A LA ACTIVIDAD (SEMANAS ~3 A 6)

Una vez que la herida haya cicatrizado y el movimiento sea completo (alrededor de tres semanas), se inicia el **fortalecimiento de la prensión y el pellizco**, aumentándose gradualmente hasta alcanzar un uso total y sin restricciones. La mayoría de los pacientes vuelven a sus actividades habituales entre las cuatro y seis semanas, con una visita de seguimiento programada alrededor de los dos meses.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Comparación de la prensión y el pellizco con el lado contralateral; sensibilidad o dolor residual en la cicatriz; exigencias funcionales o específicas según la tarea

Instrucciones y precauciones - Comience el **fortalecimiento de la prensión y el pellizco** a partir de la semana 2-3, una vez que la herida haya cicatrizado; aumente la carga progresivamente - Proceda al **uso total y sin restricciones** cuando el paciente se sienta cómodo y haya ganado suficiente fuerza

Manejo - Ejercicios: apretar masilla o pelotas blandas para fortalecer la prensión, ejercicios de pellizco, carga funcional progresiva; continúe con cualquier tratamiento para la cicatriz y la desensibilización - Dar el alta cuando el movimiento sea completo, la prensión sea cómoda y casi simétrica; programar una visita de seguimiento quirúrgico a los ~2 meses - Derivar nuevamente al médico tratante si la recuperación se estanca, si la cicatriz sigue siendo muy sensible o si existe sospecha de recurrencia

Criterios para el retorno total a la actividad - Movimiento completo y sin dolor; prensión y pellizco cómodos; cicatriz estabilizada; capacidad para cumplir con las exigencias laborales y de actividad diaria

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda el uso ligero y cotidiano de la mano (comer, escribir, cuidados personales básicos) desde el principio, siempre que sea cómodo y no implique agarre fuerte ni presión excesiva sobre la herida. La mayoría de las personas logran realizar sus tareas diarias en pocos días. Por lo general, se puede volver a conducir

alrededor de una semana después, una vez que se pueda agarrar el volante con comodidad y ya no haya limitaciones por el vendaje; esto debe ser confirmado por el Dr. Hirpara en la consulta de seguimiento.

El entrenamiento de agarre y fortalecimiento comienza alrededor de las dos o tres semanas, una vez que la herida esté estabilizada, y se incrementa gradualmente. Por lo general, se alcanza una actividad completa y sin restricciones a las cuatro o seis semanas. El trabajo de oficina suele reanudarse en unos pocos días o una semana; el trabajo manual más pesado sigue el mismo proceso gradual a medida que mejora el agarre. Normalmente se programa una consulta de seguimiento alrededor de los dos meses.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación del consultorio: consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). Dado que este quiste se encuentra en la base del dedo, sobre la polea A1, la recuperación presenta muchas similitudes con otros procedimientos pequeños en la base del dedo, como la [liberación del dedo en gatillo](#). El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías publicadas tras la extirpación de quistes; además, el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano supervisarán su recuperación de manera individualizada según la evolución de su dedo.