

Artroscopia de la muñeca

La artroscopia de muñeca es una cirugía mínimamente invasiva: una cámara y instrumentos finos se utilizan a través de varios orificios pequeños en la parte posterior de la muñeca. El proceso de recuperación dependerá de qué procedimientos se hayan realizado en su interior.

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 la **cirugía artroscópica de muñeca** realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. La artroscopia de muñeca se efectúa mediante unas pocas incisiones diminutas (portales) en la parte posterior de la muñeca, lo que favorece una cicatrización rápida de la piel; no obstante, el ritmo de su recuperación dependerá de los procedimientos llevados a cabo en el interior de la articulación. El proceso comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa, seguido del protocolo clínico estructurado que se ha elaborado para su terapeuta de mano. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia, a fin de garantizar una rehabilitación coordinada y que el terapeuta siga el plan adecuado a su intervención quirúrgica. El terapeuta podrá modificar dicho plan según los avances de su recuperación.

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

Qué esperar

La artroscopia de muñeca consiste en que el cirujano trabaje en el interior de la muñeca a través de pequeños orificios, utilizando una cámara diminuta e instrumentos finos. Dado que las incisiones son pequeñas, la piel y los tejidos blandos sanan rápidamente; sin embargo, el proceso de curación interno de la muñeca sigue su propio cronograma, y existen dos vías de recuperación muy distintas:

- **Limpieza (desbridamiento, sinovectomía, extirpación de quistes dorsales o reparación parcial del CFMT).** En este caso, no hay estructuras que deban mantenerse unidas y protegidas; simplemente se recorta o elimina el tejido dañado o inflamado. Por eso, la inmovilización es breve (a menudo basta con un vendaje suave o una férula temporal para mayor comodidad); la movilidad de la muñeca se reinicia en pocos días, y se vuelve a realizar la mayoría de las actividades en unas pocas semanas. La zona central del CFMT (la estructura situada en el lado del meñique de la muñeca) carece de riego sanguíneo y no puede cicatrizar si

se sutura; por ello, cuando se produce una lesión en esa zona, se procede a su recorte en lugar de a una reparación, y este procedimiento se considera una “limpieza”.

- **Reparación del CFMT (sutura de una rotura periférica o en la fóvea).** El borde externo del CFMT *sí* cuenta con riego sanguíneo y *puede* cicatrizar; por eso, cuando se produce una lesión en esa zona, se realiza la reparación, la cual requiere protección. El mayor estrés para una reparación en curso del CFMT es **girar el antebrazo** (rotar la palma hacia arriba o hacia abajo). En consecuencia, la muñeca y el antebrazo se mantienen inmovilizados mediante una férula o un yeso tipo Muenster (que cubre desde el codo hacia abajo) durante unas cuatro a seis semanas; esto permite doblar el codo pero impide la rotación del antebrazo, que de otro modo ejercería tensión sobre la zona reparada. Posteriormente, se recupera la movilidad y la fuerza en etapas controladas; la recuperación completa tarda aproximadamente tres meses o más.

En ambas vías de recuperación, los dedos se mantienen en movimiento desde el inicio (no fueron intervenidos quirúrgicamente), se controla la hinchazón y se cuida de las pequeñas cicatrices producidas por los orificios de acceso. Su terapeuta de mano seguirá el plan de rehabilitación correspondiente a la intervención específica realizada en su muñeca; si no está seguro de qué vía de recuperación le corresponde, consulte al Dr. Hirpara o revise su informe operatorio.

Precauciones y limitaciones

- **Mueva los dedos desde el principio:** haga un puño y estírelos completamente, varias veces al día. Esto está permitido en todo momento y ayuda a prevenir la rigidez y la hinchazón.
- **Siga el plan indicado según el procedimiento realizado.** Tras una **limpieza** de la zona, se pueden iniciar movimientos suaves de la muñeca en cuestión de días. Después de una **reparación del TFCC**, la muñeca y el antebrazo deben mantenerse protegidos mediante férula o escayola; **NO** debe girar el antebrazo (ni llevar la palma hacia arriba o hacia abajo) hasta que su terapeuta de mano lo autorice (aproximadamente entre cuatro y seis semanas).
- Tras una **reparación del TFCC**, no fuerce ni someta a carga la rotación del antebrazo, y tampoco realice agarres fuertes ni levante objetos pesados hasta que se le dé autorización; la rotación y la carga son precisamente lo que ejerce presión sobre la zona reparada.
- Mantenga los orificios de acceso quirúrgico limpios y secos hasta que cicatricen; **NO** los sumerja ni los frote. Cuide también las pequeñas cicatrices una vez que hayan sanado.
- **NO** conduzca mientras la muñeca esté férula o escayolada, o si no puede controlar el volante con seguridad; organice ayuda para el transporte durante las primeras semanas.
- Utilice la mano para tareas cotidianas ligeras, siempre que se sienta cómodo y no impliquen los movimientos o la carga que le hayan indicado evitar.

Para información sobre el cuidado de la herida, la hinchazón y las cicatrices, 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 especializado en mano, respetando siempre el rango de movimiento y las limitaciones que le hayan indicado. El **movimiento de los dedos y el control de la hinchazón** deben iniciarse desde el principio en todos los pacientes. El **movimiento de la muñeca, la rotación del antebrazo y el agarre** dependen del tipo de intervención: se pueden comenzar pronto después de una cirugía de limpieza, pero se deben limitar tras una reparación del CFMT (especialmente la rotación del antebrazo, que es lo último en recuperarse). El cuidado de las cicatrices y los puntos de acceso quirúrgico se inicia una vez que las pequeñas heridas hayan sanado. Interrumpa cualquier ejercicio que le provoque dolor intenso.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación tras una artroscopia de muñeca. Esta sección debe entregarse al terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial de lo que ocurre. **El protocolo varía según el procedimiento realizado.** Una limpieza diagnóstica o terapéutica (desbridamiento, sinovectomía, extirpación de gangliones dorsales, desbridamiento condral o del ligamento escafolunar, desbridamiento del TFCC central) sigue el **camino de movilización temprana**. En cambio, la **reparación del TFCC periférico/foveal** sigue el **camino de protección de la rotación**, ya que la rotación del antebrazo ejerce carga sobre la zona reparada. Siempre verifique con el informe operatorio y el cirujano tratante qué camino corresponde.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe operatorio del paciente y su historial médico previo; además, consulte con el cirujano tratante acerca del procedimiento realizado (desbridamiento puro, sinovectomía, extirpación de gangliones, desbridamiento del TFCC central vs. reparación del TFCC periférico/foveal), cualquier inestabilidad asociada de la articulación radioulnar distal, y el tipo de inmovilización prescrita. Las dos vías descritas a continuación difieren principalmente en el tiempo durante el cual se debe proteger la rotación del antebrazo.

VÍA A — LIMPIEZA (DESBRIDAMIENTO / SINOVECTOMÍA / EXTIRPACIÓN DE GANGLIO / DESBRIDAMIENTO DEL COMPLEJO FIBROCARILAGINOSO TRIANGULAR CENTRAL): MOVILIZACIÓN TEMPRANA

En esta vía de tratamiento se elimina o se recorta el tejido sin crear ninguna estructura que requiera protección; por ello, el objetivo es restablecer el movimiento de forma temprana y evitar la rigidez. La inmovilización es breve y se realiza únicamente para garantizar el confort del paciente.

Fase I — movilización temprana (semanas 0 a 2)

Durante las primeras dos semanas se controla la hinchazón y el dolor, mientras que la movilización comienza casi de inmediato.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - La inmovilización consiste en **un vendaje blando o una férula breve únicamente para comodidad**, generalmente durante unas 2 semanas; no se requiere restricción de rotación en

casos de debridamiento central puro, sinovectomía o extirpación de gangliones. - Los dedos, el pulgar y (cuando sea cómodo) la muñeca deben moverse desde el primer día. - Mantenga los puntos de acceso limpios y secos hasta que cicatricen.

Manejo - Edema: elevación de la extremidad, movimientos suaves de los dedos, aplicación de hielo según sea necesario. - Ejercicios: realizar movimientos activos completos de **todos los dedos y el pulgar** desde el inicio; **flexión/extensión activa de la muñeca y desviación radial/ulnar** según la tolerancia en los primeros días; rotación pronación/supinación del antebrazo de forma suave, según la comodidad del paciente. - Herida: coloque los apósitos en los puntos de acceso según indicaciones; vigile posibles signos de infección.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Los puntos de acceso han cicatrizado; la hinchazón disminuye; el paciente tolera bien la movilización temprana.

Fase II — restauración del movimiento y comienzo del fortalecimiento (semanas 2 a 6)

Una vez que el rango de movimiento sea adecuado, este se normaliza y se incorpora un ligero fortalecimiento.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de movimiento activo y pasivo de la muñeca y rotación del antebrazo; fuerza de agarre; dolor e inflamación; evaluación de la cicatriz y del portal quirúrgico

Manejo - Ejercicios: avanzar hacia un **rango de movimiento completo de la muñeca y el antebrazo**; iniciar **fortalecimiento leve del agarre y con plastilina** a partir de la semana 2; comenzar **desensibilización y masaje de la cicatriz/portal** una vez curado - Progresar en el uso funcional de la mano según la tolerancia del paciente

Criterios para avanzar - Rango de movimiento casi completo y sin dolor; inflamación controlada; aumento progresivo de la fuerza de agarre

Fase III: Fortalecimiento y retorno a la actividad (semanas 4 a 6 y posteriores)

Se recupera la fuerza y la tolerancia a las tareas; la mayoría de los pacientes vuelven a sus actividades normales en unas pocas semanas. Cabe señalar que la intervención quirúrgica proporciona un alivio sintomático fiable, aunque no está garantizado en casos de dolor difuso o persistente en el lado cubital; por ello, es necesario manejar adecuadamente las expectativas cuando el dolor no es localizado.

Para su terapeuta de mano:

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento gradual del agarre y de antebrazo/muñeca; cargas adaptadas a tareas específicas o al trabajo - El retorno a actividades ligeras o la mayoría de las actividades suele ocurrir en **2-6 semanas**; la carga física más intensa o actividades deportivas se reinician según la tolerancia y criterios clínicos - Se puede considerar el alta terapéutica una vez que la fuerza sea casi simétrica y la función de la mano se haya restablecido

VÍA B — REPARACIÓN PERIFÉRICA/FOVEAL DEL CFTC: PROTECCIÓN DE LA ROTACIÓN

La reparación consiste en suturar nuevamente el borde externo (vascularizado) del CFTC. Dado que **la rotación del antebrazo ejerce tensión sobre la reparación**, se protege el antebrazo mediante una férula o un yeso de

tipo Muenster (por encima del codo) que permite la flexión/extensión del codo pero impide la pronación/supinación, durante un período de cuatro a seis semanas. Posteriormente, se recuperan gradualmente tanto el rango de movimiento como la fuerza.

Fase I — inmovilización protectora (semanas 0 a 6)

La reparación se protege de cualquier carga rotacional, mientras que los dedos permanecen móviles. Existen distintas prácticas, pero el método más habitual consiste en inmovilizar el antebrazo en posición neutra o ligeramente supinada durante unas seis semanas; cuando es necesario controlar estrictamente la rotación, se emplea un yeso o férula por encima del codo (tipo Muenster).

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Inmovilizar para **proteger la rotación del antebrazo**: férula o **yeso Muenster/por encima del codo** (con el codo libre y la rotación del antebrazo bloqueada), manteniendo el antebrazo en posición neutra o ligeramente supinada, durante **~4–6 semanas** (normalmente 6). - **No realizar movimientos activos ni pasivos de pronación/supinación del antebrazo** durante esta fase. - **Movilidad articular completa de dedos y pulgar desde el primer día**; realizar movimientos suaves de hombro. - Mantener los puntos de acceso limpios y secos; vigilar posibles infecciones.

Manejo - Edema: elevar la extremidad, realizar movimientos de bombeo con los dedos y aplicar hielo según sea necesario. - Ejercicios: **movilidad activa y pasiva de dedos y pulgar**; si el yeso Muenster lo permite, realizar **flexión/extensión aislada del codo**; **no aplicar carga alguna sobre la rotación de muñeca o antebrazo**. - Herida/ Cicatriz: cuidado de los puntos de acceso; iniciar masajes cicatriciales una vez curada la herida.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Han transcurrido ~4–6 semanas; la reparación sigue protegida; los puntos de acceso están curados; los dedos conservan flexibilidad.

Fase II — movimiento gradual (semanas 6 a 8)

Se retira el yeso o la férula y se recupera el rango de movimiento; **la rotación del antebrazo se introduce al final y de forma gradual**, ya que es el movimiento que más tensión ejerce sobre la reparación.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de movimiento de muñeca y antebrazo; dolor e hinchazón; evaluación de la cicatriz

Manejo - Ejercicios: iniciar con **flexión/extensión activa de la muñeca y desviación radial/ulnar**; **volver a introducir gradualmente la pronación/supinación del antebrazo** según la tolerancia del paciente, ampliando progresivamente el arco de rotación durante las siguientes semanas en lugar de forzarlo. - Continuar con la desensibilización de la cicatriz y los puntos de acceso quirúrgicos.

Criterios para avanzar - Rango de movimiento de muñeca y antebrazo en mejora y sin molestias; dolor en disminución.

Fase III: Fortalecimiento y reincorporación (semanas 8 a 12 y posteriormente)

El fortalecimiento se inicia una vez que se ha recuperado aproximadamente 70–100% de la movilidad de la muñeca y el antebrazo; posteriormente se va aumentando gradualmente la carga y la tolerancia a las tareas.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Fuerza de agarre y del antebrazo en comparación con el lado contralateral; respuesta del dolor e hinchazón a la carga; pruebas funcionales y específicas para el trabajo o el deporte

Manejo - Ejercicios: comenzar el **fortalecimiento del agarre y del antebrazo/muñeca alrededor de la semana 8**, una vez recuperado 70–100% de la amplitud de movimiento; luego progresar a cargas resistidas graduales y a ejercicios específicos para cada tarea. - La reincorporación al deporte o a trabajos más exigentes se basa en criterios específicos; generalmente ocurre alrededor de los **tres meses** (el rango suele ser de aproximadamente 3–4+ meses, según la demanda). - Considerar el alta terapéutica cuando la fuerza sea casi simétrica y la función haya sido restaurada; derivar nuevamente al médico tratante si la recuperación se estanca o si reaparece inestabilidad en la articulación DRUJ.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda comenzar desde el principio a realizar actividades cotidianas ligeras con la mano (comer, escribir, cuidados personales sencillos), siempre dentro de los límites que se le hayan indicado y según su nivel de comodidad. Podrá volver a conducir una vez que haya retirado cualquier férula o escayola y pueda controlar el volante de forma segura, según lo confirmado en su revisión médica; en las primeras semanas, planifique contar con ayuda para el transporte.

La rapidez con la que se reinicia la actividad depende del procedimiento realizado. Tras una **limpieza** (desbridamiento, sinovectomía, corrección de quistes o del TFCC central), la mayoría de las personas recuperan sus actividades ligeras habituales en **dos a seis semanas**; posteriormente, se van incorporando progresivamente cargas más pesadas según su comodidad. Tras una **reparación del TFCC**, se debe proteger la rotación del antebrazo durante unas cuatro a seis semanas; el fortalecimiento comienza alrededor de la octava semana. El regreso a deportes o a trabajos manuales más exigentes suele producirse al cabo de tres meses, siempre que se haya recuperado el rango de movimiento y se haya alcanzado una fuerza adecuada y simétrica. Esta decisión no se basa únicamente en el calendario, sino en la evaluación conjunta del Dr. Hirpara y su terapeuta de mano.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación que ofrece la clínica: consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). Si su intervención quirúrgica afectó a la articulación radiocubital distal o si no está seguro de qué protocolo aplicar, el protocolo de [hemiresección de la articulación radiocubital distal \(DRUJ\)](#) es una alternativa similar. El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías de rehabilitación publicadas tras la artroscopia de muñeca y la cirugía del CFMT; además, el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano adaptarán su recuperación individualmente según la evolución de su muñeca.