

Excisión de ganglio de la muñeca

Un ganglio de la muñeca es un quiste lleno de líquido que se conecta mediante un tallo a la articulación de la muñeca; la extirpación consiste en remover el quiste y su tallo hasta llegar a la cápsula articular.

Kieran Hirpara © ① ④ 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 extirpación quirúrgica (**excisión**) de un **ganglio de muñeca**, que es un quiste lleno de líquido que se forma a partir de la articulación de la muñeca, bajo la supervisión del Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. El proceso comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa; posteriormente, siga el protocolo 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 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 ganglionar de muñeca es un quiste lleno de líquido, con forma de globo, que se conecta mediante un **pedículo** estrecho con el revestimiento de la articulación de la muñeca. La mayoría aparecen en la parte dorsal de la muñeca (quiste ganglionar dorsal); algunos aparecen en la parte anterior, del lado del pulgar (quiste ganglionar volar). Durante la intervención, el Dr. Hirpara extirpa el quiste junto con su **pedículo**, hasta llegar a la cápsula articular de la muñeca, eliminando tanto la raíz como el bulto, pues dejar el pedículo intacto es la principal causa de recurrencia del quiste ganglionar. La operación puede realizarse de forma abierta (mediante una pequeña incisión) o mediante instrumentos artroscópicos.

Como no se ha *reparado* ni *reconstruido* nada (simplemente se ha extraído un quiste), no hay tendón ni ligamento que requiera protección durante semanas. Por ello, el plan de recuperación prevé un **movimiento temprano**, cuyo objetivo principal es lograr que la muñeca se mueva cuanto antes:

- **La rigidez es el problema más frecuente tras esta operación**, mucho más que la reaparición del quiste. Una muñeca que permanece inmovilizada durante demasiado tiempo tras la extirpación del quiste ganglionar puede perder movilidad.
- Por eso, la inmovilización se reduce al mínimo: se aplica un vendaje blando, a veces acompañado de una férula ligera para mayor comodidad, únicamente durante unos pocos días o hasta una o dos semanas. Después, se comienza a mover la muñeca de inmediato, en todas las direcciones.

Los dedos, que no fueron intervenidos, se mueven libremente desde el primer día. La movilidad de la muñeca se recupera a medida que la herida cicatriza; posteriormente, se restablece gradualmente la fuerza de agarre y la capacidad de soportar cargas. La mayoría de los pacientes vuelven a sus actividades habituales al cabo de unas cuatro a seis semanas.

Precauciones y limitaciones

- Mueva los dedos, el pulgar y el codo libremente desde el primer día; solo la muñeca requiere una adaptación progresiva.
- Use el vendaje blando o la férula de confort únicamente durante el tiempo indicado (generalmente unos días hasta una o dos semanas). Su finalidad es brindar comodidad, no inmovilizar la muñeca por mucho tiempo; el objetivo es el movimiento temprano, no el reposo.
- **NO** sumerja la herida ni deje que el vendaje se moje hasta que le indiquen que la herida está cerrada; manténgala limpia y seca.
- Evite realizar agarres fuertes, levantar pesos o ejercer carga sobre la muñeca durante las primeras semanas; vaya incorporando estas actividades de forma gradual, no de golpe.
- Si le extirparon un **ganglio volar (en la parte frontal de la muñeca)**, el quiste puede situarse cerca de la **arteria radial** (el pulso que se siente en la parte frontal de la muñeca); avise de inmediato al personal si nota hinchazón, frío o cambios de color en la mano.
- **NO** conduzca hasta que pueda controlar el volante cómodamente y ya no lleve ninguna férula, según lo confirmado en su revisión médica.

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 bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta especializado en mano. Los ejercicios iniciales (movimientos de la muñeca en todas las direcciones,

rotación del antebrazo y movimiento de los dedos) constituyen la base de la recuperación y deben iniciarse en los primeros días, pues mover la muñeca tempranamente evita la rigidez que, de otro modo, se produciría tras esta operación. El masaje de la cicatriz se comienza una vez que la herida haya cicatrizado por completo, y el fortalecimiento del agarre se añade un poco más tarde, cuando le resulte cómodo. Ninguno de estos ejercicios debe causar dolor intenso; si eso ocurre, reduzca la intensidad.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación tras la excisión de un ganglio de muñeca. Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que se está haciendo. Se trata de una **excisión, no de una reparación**: no existe ninguna estructura que proteger, por lo que el principio rector es **minimizar la inmovilización y, a continuación, iniciar pronto movimientos activos de la muñeca en todos los planos para evitar la rigidez postoperatoria**, que es la complicación más frecuente tras este procedimiento.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe quirúrgico del paciente y su historial médico; además, consulte con el cirujano tratante respecto a la ubicación del ganglio (dorsal o volar), el abordaje quirúrgico (abierto o artroscópico), la integridad de la cápsula dorsal/volar y cualquier hallazgo concomitante. El Dr. Hirpara excisa el quiste junto con su pedículo hasta la cápsula articular. En el caso de ganglios volares, tenga en cuenta la proximidad de la arteria radial. No existe ningún rango de movimiento protegido ni estructura que absorba cargas; la única restricción deliberada es evitar durante un breve período el uso de fuerza excesiva al agarrar o soportar cargas, hasta que los tejidos blandos se estabilicen.

FASE I – INMOVILIZACIÓN MÍNIMA Y MOVILIZACIÓN TEMPRANA (DÍAS 0 A ~14)

La primera fase tiene como objetivo proteger la herida mientras se inicia la movilización de la muñeca lo antes posible. La inmovilización es intencionadamente breve (un vendaje blando; si es necesario, una férula de muñeca ligera únicamente para mayor comodidad), y la muñeca comienza a moverse activamente en todas las direcciones en los primeros días. La evidencia proveniente de revisiones sistemáticas indica que una inmovilización limitada a dos semanas o menos, o incluso ninguna, no modifica significativamente el resultado clínico; en cambio, el reposo prolongado aumenta el riesgo de rigidez.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Vendaje blando, con opción a usar una férula de muñeca ligera únicamente para mayor comodidad; se debe retirar gradualmente en cuestión de días, no semanas. - No se debe practicar una inmovilización rígida prolongada: cualquier uso de férula debe limitarse a **≤ 2 semanas** (normalmente unos pocos días). - Mantener la herida limpia y seca hasta que cicatrice; **se permite movilidad completa de dedos, pulgar y codo desde el primer día**. - En casos de lesiones en la cara volar: prestar atención a la arteria radial; notificar de inmediato cualquier problema vascular.

Manejo - Herida: aplicar los vendajes quirúrgicos según indicaciones; vigilar posibles signos de infección. - Edema: elevar la extremidad, realizar movimientos de bombeo con la mano con suavidad y aplicar hielo según sea necesario. - Ejercicios: **iniciar movilidad activa de la muñeca en todos los planos (flexión/extensión,**

desviación radial/ulnar) dentro de los límites del confort, a partir de los primeros días; también practicar pronación–supinación del antebrazo de forma activa/pasiva; movilidad completa activa de dedos y pulgar; movilidad suave del hombro.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Cicatrización adecuada de la herida; disminución del edema; mejora progresiva y confortable del rango de movimiento de la muñeca; retiro de la férula (si se usó) alrededor de las 2 semanas.

FASE II: RESTAURACIÓN DE LA MOVILIDAD COMPLETA Y MANEJO DE LA CICATRIZ (SEMANAS ~2 A 4)

A partir de las dos semanas, se retiran los vendajes y la herida queda curada. El objetivo es recuperar un **movimiento de muñeca completo y simétrico** antes de que aparezca la rigidez, así como comenzar el manejo de la cicatriz para que permanezca móvil y no limite el movimiento de la muñeca.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de movimiento activo y pasivo de la muñeca (comparar con el lado opuesto); rotación del antebrazo; presencia de edema; revisión de la herida y la cicatriz

Educación y precauciones - Trabajar para lograr un **rango de movimiento de muñeca completo en todos los planos**; corregir cualquier pérdida temprana mediante ejercicios activos y pasivos suaves - Iniciar el **manejo de la cicatriz una vez que la herida esté totalmente curada** (masaje, uso de silicona/hidratante, desensibilización según sea necesario) - Se recomienda un uso funcional ligero de la mano; se debe evitar el agarre fuerte y la carga pesada

Manejo - Ejercicios: avanzar hacia un **rango de movimiento activo y pasivo completo de la muñeca**; continuar con la rotación del antebrazo; comenzar el masaje y la desensibilización de la cicatriz; hacia el final de esta fase, introducir ejercicios ligeros con plastilina o ejercicios de agarre según la tolerancia del paciente

Criterios para avanzar - Rango de movimiento de la muñeca completo o casi completo, sin dolor; cicatriz curada y móvil; listo para aumentar progresivamente la carga.

FASE III: FORTALECIMIENTO Y RETORNO A LA ACTIVIDAD (SEMANAS ~4 A 6 Y POSTERIORES)

Una vez recuperado el movimiento, se va restableciendo gradualmente la fuerza de agarre y la capacidad de soportar cargas. En la mayoría de los pacientes, la actividad cotidiana se reanuda alrededor de las cuatro a seis semanas; para actividades físicas más exigentes, el retorno sigue una progresión basada en criterios clínicos.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Fuerza de agarre y de pinza en comparación con el lado contralateral; amplitud de movimiento de la muñeca; respuesta al aumento gradual de cargas; pruebas funcionales o específicas del trabajo, según corresponda

Educación y precauciones - Proceder con el **fortalecimiento de la muñeca y el agarre** (usando plastilina, pelotas o resistencia graduada) según la tolerancia del paciente - Reintroducir paulatinamente actividades de levantamiento y soporte de cargas mediante la muñeca; el retorno completo debe guiarse por los síntomas, no por el calendario

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento progresivo del agarre, de la pinza y de la muñeca; aumento gradual de cargas y ejercicios específicos para el trabajo; continuar con ejercicios para mantener la movilidad y el cuidado de las cicatrices - Considerar el alta terapéutica cuando la amplitud de movimiento sea completa, la fuerza casi simétrica y la función haya sido restaurada - Evaluar la necesidad de derivar nuevamente al médico tratante si la muñeca permanece rígida o si aparece hinchazón recurrente

Criterios para el retorno a la actividad plena - Amplitud de movimiento de la muñeca sin dolor; fuerza de agarre casi simétrica; tolerancia adecuada a cargas específicas del trabajo y de las tareas cotidianas

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda desde el principio el uso ligero y cotidiano de la mano (comer, escribir, cuidados personales básicos) siempre que sea cómodo; los dedos deben funcionar plenamente desde el primer día. Con frecuencia, es posible retomar tareas de oficina y labores ligeras en unos pocos días o alrededor de una semana, especialmente si la mano dominante queda libre; los trabajos que requieren agarre fuerte, levantamiento de pesas o movimientos repetitivos y forzados de la muñeca tardan más en reiniciarse y se van incorporando gradualmente durante las primeras semanas. Diversos estudios indican que el tiempo de ausencia laboral tras una extirpación de ganglio es breve (aproximadamente dos semanas), aunque esto varía según el lado operado y las exigencias de cada trabajo.

Dado que debe ser posible controlar el volante cómodamente y no llevar ninguna férula, es conveniente contar con ayuda para el transporte durante los primeros días; se podrá volver a conducir una vez que se sienta cómodo y seguro, según lo confirmado en su revisión médica. La mayoría de las personas retoman sus actividades habituales al cabo de unas cuatro a seis semanas; el regreso a trabajos manuales más pesados y a la práctica deportiva se hace de forma gradual, a medida que la movilidad y la fuerza de agarre se recuperan, evaluándose según el estado de la muñeca y no únicamente por el paso del tiempo.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación que brinda la clínica: consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías publicadas tras la extirpación de un ganglio en la muñeca; su objetivo principal es promover el movimiento temprano para evitar la rigidez. Su recuperación continua será supervisada de forma individual por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución de su muñeca.