

Cirugía de la articulación radiocubital distal

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 recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior 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 sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su muñeca y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen para determinar la causa de su dolor.

La articulación radiocubital distal es la articulación entre los dos huesos del antebrazo, justo por encima de la muñeca. Se recomienda intervenir quirúrgicamente cuando dicha articulación está desgastada, inestable o dañada tras una lesión, y provoca dolor en el lado del meñique de la muñeca, dificultad para girar el antebrazo o una fuerza de agarre reducida. En casos crónicos, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos: modificación de actividades, fisioterapia o terapia de la mano, y uso de férulas. La cirugía se considera cuando estas medidas no logran mejorar suficientemente su estado. Algunas lesiones en esta articulación son inestables desde el principio; en esos casos, podríamos recomendar la cirugía de inmediato. El objetivo de la operación es aliviar su dolor y permitirle girar el antebrazo y utilizar la mano con mayor comodidad y confianza.

Antes de la operación

Una vez que haya programado su cirugía, le daremos instrucciones claras para prepararse. Deberá dejar de comer y beber siete horas antes de la operación. Pedimos que sea siete horas y no menos para que, si el día avanza más rápido de lo previsto, pueda adelantarse su turno en el quirófano. Si toma medicamentos de forma regular, traiga al hospital una lista escrita de los mismos; nosotros le indicaremos cuáles debe suspender y cuándo. En la mayoría de los casos no se requieren exámenes adicionales previos. No obstante, si padece otras afecciones médicas, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista, el médico encargado de administrarle la anestesia. Por favor, organice que alguien lo lleve a casa después de la intervención, y el día de la operación use ropa holgada y cómoda.

El día de la intervención

El día de la operación, acude a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital. Allí se le registrará y se le preparará para el quirófano. Conocerá al anestesta, el médico encargado de administrarle la anestesia. Esta intervención 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, será llevado al quirófano, donde se realizará la operación. Después, despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a una planta hospitalaria o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y cómo evolucione su recuperación.

Qué implica la operación

Existen varias formas de operar esta articulación; la más adecuada para usted dependerá del problema que presente. Si la articulación se ha dislocado tras una fractura de muñeca, el cirujano volverá a colocar los huesos en su posición correcta y los mantendrá así mientras cicatrizan, a veces mediante un yeso. Si la articulación está desgastada y le causa dolor, el cirujano podría extraer parte del hueso situado en el extremo del hueso del antebrazo, en el lado del meñique de la muñeca. Este procedimiento se realiza a través de una incisión en la parte posterior de la muñeca, en el lado del meñique. Al eliminar esa superficie ósea desgastada, se evita que los dos huesos del antebrazo se froten entre sí al girar el antebrazo.

Si la articulación está laxa en lugar de desgastada, el cirujano puede reconstruir los ligamentos que la mantienen unida. Los ligamentos son fuertes bandas de tejido que conectan un hueso con otro. Para ello se utiliza un fragmento de tendón, el tejido que une el músculo con el hueso, que se pasa a través de pequeños orificios en los huesos para actuar como una nueva correa que mantiene la articulación en su lugar. Esto solo es posible cuando las superficies articulares en sí siguen estando sanas.

Si toda la articulación está muy desgastada, el cirujano podría reemplazarla. Se extrae el hueso dañado del extremo del hueso del antebrazo y se sustituye por una prótesis artificial hecha de metal; a veces también se incluyen piezas de plástico, para que los dos huesos del antebrazo vuelvan a moverse suavemente el uno contra el otro.

Al final de la operación, el cirujano cierra la incisión con puntos de sutura y la cubre con un vendaje. Despertará con la mano y la muñeca vendadas; el vendaje se mantendrá puesto durante unos 10 días.

Después de la operación

Al despertar, se encontrará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán a medida que el efecto de la anestesia vaya desapareciendo. Su mano y muñeca estarán vendadas, y es posible que le coloquen un cabestrillo para mantener el brazo en reposo. Le administraremos analgésicos para que se sienta cómodo; si el dolor no disminuye, informe a las enfermeras. Puede levantarse y caminar en cuanto se sienta capaz, pero durante las primeras 24 horas deberá contar con la compañía de alguien. Su equipo médico 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, su muñeca estará adolorida e hinchada; el lado del meñique podría palpar, especialmente por la noche. Mantener la mano elevada sobre almohadas, incluso mientras duerme, ayuda a reducir la hinchazón. El analgésico que le proporcionamos funciona mejor si lo toma de forma regular, en lugar de esperar a que el dolor empeore.

Al salir del hospital, su brazo estará vendado y sostenido en un cabestrillo. El vendaje permanece puesto durante unos 10 días; nosotros lo cambiaremos o lo retiraremos durante su siguiente consulta. La rehabilitación posterior a la cirugía la llevará a cabo Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta especializada en mano: ella le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite. Al principio, los ejercicios son suaves y tienen como objetivo mantener el movimiento de los dedos, el codo y el hombro. Conforme avanza la cicatrización, los ejercicios se centran en girar el antebrazo y recuperar la fuerza de agarre.

Al principio, necesitará ayuda para realizar tareas que requieren el uso de ambas manos, como vestirse, cocinar o cargar objetos. Una vez que la hinchazón disminuya y recupere el movimiento, las actividades cotidianas se volverán más fáciles. Cuando pueda agarrar cosas sin dolor y girar el antebrazo cómodamente, notará que puede hacer mucho más con la mano. Si conducir forma parte de su recuperación, no debe hacerlo mientras lleve el cabestrillo o la férula, mientras tome analgésicos fuertes, o a menos que pueda sujetar el volante con ambas manos y reaccionar adecuadamente en una frenada de emergencia. Consulte nuestra guía sobre [conducción tras una cirugía de extremidad superior](#).

Cada persona cicatriza a su propio ritmo; su cronograma puede ser distinto. Su cirujano y su terapeuta de mano lo guiarán en cada etapa del proceso.

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.

Si se ha extraído parte del extremo del hueso del antebrazo, el muñón restante a veces se desplaza o presiona estructuras cercanas. Es posible que sienta un dolor agudo o un crujido en el lado del meñique de la muñeca al girar el antebrazo, o la sensación de que algo se atasca. Comente esto en su próxima consulta.

Algunas personas notan que la muñeca les duele menos, pero queda más rígida, con menor capacidad de flexión hacia adelante. Si el giro del antebrazo le resulta limitado, con frecuencia el hombro asume esa función sin que usted se dé cuenta; por eso la diferencia en la vida diaria suele ser mínima. Indique cualquier movimiento que le resulte insatisfactorio durante la revisión.

Si esta articulación resultó lesionada junto con una fractura de muñeca, puede dislocarse en las primeras fases, a veces dentro de las dos primeras semanas. Esto es fácil de pasar por alto. Esté atento a nuevos dolores, hinchazón o cambios en la forma de la muñeca, y avise a la clínica si los observa.

Un desgarro en el cartílago de amortiguación en ese lado de la muñeca, si no se trata, puede hacer que la articulación se sienta inestable. Es posible notar chasquidos, desplazamientos o un “clic” al cargar peso sobre la muñeca, así como una disminución de la fuerza de agarre. Si la articulación sigue inestable y dolorosa a pesar de otros tratamientos, a veces es necesaria otra cirugía; sin embargo, muchas personas mejoran con el tiempo y no requieren intervención adicional. Los síntomas en el lado cubital de la muñeca suelen mejorar durante el año posterior a la cirugía por fractura.

En el caso de una deformidad de muñeca presente desde la infancia, con el tiempo la articulación puede desgastarse o volverse inestable. En casos graves, los tendones encargados de estirar los dedos pueden desgastarse por la fricción contra un hueso prominente, lo que provoca una pérdida repentina de la capacidad para estirar uno o más dedos. Si algún dedo no se estira, comuníquese con la clínica de inmediato.

Como ocurre en cualquier cirugía de muñeca, los huesos pueden tardar en soldarse o no unirse; además, la zona donde se extrajo hueso puede volverse inestable y dolorosa. Cualquier dolor persistente en la parte posterior de la muñeca debe mencionarse en la revisión.

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

¿Cuándo deben llamarnos?

Llámenos si tienen fiebre, o si la piel alrededor de la herida se vuelve más roja, hinchada o exudativa. Llámenos si el dolor empeora repentinamente, o si aparece nuevo dolor o hinchazón en la muñeca durante las primeras dos semanas. Infórmenos si un dedo no se puede enderezar, o si la muñeca se siente inestable, hace “clics” o cede al moverse. Acudan a urgencias si presentan hinchazón o dolor en la pantorrilla, dificultad para respirar, dolor en el pecho, entumecimiento en la mano, o si no pueden mover el brazo o los dedos.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La articulación radiocubital distal merece esta lectura adicional, pues es la articulación de la muñeca que peor medimos, la que con mayor frecuencia se culpa prematuramente, y aquella en la que, la mayoría de las veces, esperar es la mejor opción.

NO PODEMOS MEDIR EL PROBLEMA DE MANERA FIABLE

La inestabilidad de esta articulación se diagnostica mayormente mediante la palpación: el examinador desplaza el cúbito respecto al radio y obtiene una impresión clínica. En una revisión de 2025 sobre estrategias de evaluación se concluyó claramente que aún no existen métodos fiables y cuantificables para analizar la inestabilidad de la articulación radiocubital distal; su desarrollo resulta esencial para mejorar el tratamiento [1].

Esto tiene una consecuencia directa para usted. Cuando el diagnóstico depende de una prueba subjetiva, el umbral para considerar una articulación inestable varía entre distintos examinadores, al igual que el umbral para decidir su tratamiento quirúrgico. En este caso, solicitar una segunda opinión no implica desconfianza; es una respuesta razonable ante una prueba cuyas limitaciones son bien conocidas.

LA MAYORÍA DEL DOLOR EN EL LADO CUBITAL TRAS UNA FRACTURA DE MUÑECA DESAPARECE

Este es el hallazgo más útil para cualquier persona que presente dolor en la muñeca tras una fractura del radio distal. Una revisión exhaustiva concluyó que **la mayoría** de los problemas en el lado cubital de la muñeca tras dichas fracturas pueden tratarse **inicialmente de forma no quirúrgica, generalmente durante más de un año**, en espera de una mejora significativa con el tiempo [2].

Un año es un período más largo de lo que la mayoría de las personas esperan tener que esperar; por ello, tanto el paciente como el médico sienten la tentación de intervenir antes. No obstante, la excepción señalada en la misma revisión es clara y específica: una subluxación importante y temprana de la articulación que impida físicamente la rotación del antebrazo sí requiere tratamiento en lugar de observación [2].

En resumen, lo recomendable es ser paciente, siempre y cuando existan motivos claros para abandonar ese enfoque.

CUANDO ES NECESARIO RECURRIR A UNA CIRUGÍA DE RESCATE, LA ELECCIÓN NO ES TAN SENCILLA COMO PARECE

Cuando la articulación está destruida y el tratamiento no quirúrgico ha fracasado realmente, las opciones clásicas son el procedimiento de Darrach, que consiste en extirpar el extremo de el cúbito, y el procedimiento de Sauvé-Kapandji, que fusiona la articulación y crea un espacio más proximal para permitir la rotación.

Una revisión sistemática que comparó ambos procedimientos determinó que el **grado de satisfacción del paciente es comparable** independientemente de la patología subyacente; asimismo, se observó una mejora similar en el rango de movimiento, la fuerza y la función general [3]. La diferencia radicaba en la **tasa de reoperaciones, que fue mayor en el caso del procedimiento de Sauvé-Kapandji** [3].

Esa es una distinción clara. Cuando dos intervenciones quirúrgicas producen el mismo resultado, la que requiere menos reoperaciones resulta más ventajosa. No obstante, el procedimiento de Sauvé-Kapandji sigue siendo útil cuando es importante preservar el soporte ulnar del carpo; precisamente por eso fue desarrollado.

EL IMPACTO CUBITAL ES UN PROBLEMA DISTINTO QUE REQUIERE UN TRATAMIENTO DIFERENTE

El dolor en el lado cubital, causado por una longitud relativa excesiva del cúbito —conocido como síndrome de impacto cubital—, se trata acortando la distancia de carga, ya sea mediante una osteotomía para acortar el cuerpo del cúbito o mediante la resección artroscópica de la parte superior de la cabeza cubital. Un metaanálisis realizado en **311** pacientes demostró que ambos métodos son eficaces; sin embargo, **el procedimiento artroscópico presenta menos complicaciones y una tasa de reintervención más baja** [4].

La osteotomía del cuerpo cubital implica el uso de una placa, conlleva el riesgo de que el hueso no se una adecuadamente, y puede generar otros problemas; en cambio, el procedimiento artroscópico evita todos estos inconvenientes. Cuando la anatomía del paciente lo permite, esta diferencia resulta significativa.

REFERENCIAS

- [1] Christy M, Wright DJ, Goldfarb CA. Estrategias de evaluación para la inestabilidad de la articulación radiocubital distal: situación actual y necesidad de herramientas mejoradas. J Hand Surg Am. 2025;50(12):1505-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.06.021>
- [2] Giddins G. La articulación radiocubital distal tras fracturas distales del radio: ¿cuándo y cómo debemos tratar el dolor, la rigidez o la inestabilidad? J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(3):230-45. <https://doi.org/10.1177/17531934221140238>
- [3] Lamont S, Debkowska M, Johnsen P, Froehle A, Cotterell IH, Isaacs J. Resultados de los procedimientos de Darrach y Sauvé-Kapandji: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2022;19(1):68-73. <https://doi.org/10.1177/15589447221107697>
- [4] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Procedimiento artroscópico tipo “wafer” frente a osteotomía de acortamiento cubital para el síndrome de impactación cubital: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>