

PATIENT INFORMATION

Síndrome de intersección

Síndrome de intersección: la fricción que se produce cuando los tendones del pulgar cruzan sobre los tendones extensores de la muñeca, a unos pocos centímetros por encima de esta, provoca dolor e hinchazón.

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.

Qué está sintiendo

El síndrome de intersección provoca dolor e hinchazón en la parte dorsal del antebrazo y en el lado del pulgar, un poco por encima de la muñeca (aproximadamente a la distancia de un ancho de mano desde el bulto óseo en la parte posterior de la muñeca). No se trata de dolor en la articulación de la muñeca en sí, sino más arriba, donde los músculos del antebrazo se cruzan entre sí.

El dolor suele intensificarse al doblar la muñeca hacia atrás o al mover el pulgar, y con frecuencia aparece tras realizar actividades repetitivas: remo, levantamiento de pesas, deportes con raqueta, jardinería, o mucho trabajo que requiera el uso constante del teclado o de la muñeca. Muchas personas observan hinchazón en la zona afectada; algunas sienten o incluso oyen un crujido suave, chirrido o rechinar al mover la muñeca, como si algo se estuviera frotando. Esto a veces se conoce como sonido de “cuero húmedo”.

¿Qué está ocurriendo realmente?

En el dorso del antebrazo, hay dos grupos de músculos que se cruzan entre sí formando una “X”. Un grupo se extiende hasta el pulgar; el otro desciende para mover la muñeca. En el punto donde se cruzan, a unos pocos centímetros por encima de la muñeca, los tendones se deslizan uno frente al otro dentro de sus vainas lisas.

Cuando se realizan muchos movimientos repetitivos de la muñeca, ese punto de cruce se irrita e inflama. El revestimiento de las vainas tendinosas se hincha, aumenta la fricción y los tejidos se vuelven sensibles y edematosos, lo que provoca dolor, hinchazón y crujidos. Se trata de un **problema por sobreuso**, no de una lesión producida por un único incidente; además, no es lo mismo que el síndrome de De Quervain, un problema tendinoso relacionado que afecta al lado del pulgar y se localiza más abajo, justo en la muñeca. El síndrome de intersección se da en una zona más alta.

La buena noticia es que el tejido irritado mejora considerablemente una vez que cesan los movimientos repetitivos; en la mayoría de las personas, esta afección no provoca daños duraderos.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara orienta nuestro enfoque para el tratamiento de esta afección en nuestra clínica. Comenzamos con tratamientos no quirúrgicos y solo consideramos la cirugía si los síntomas persisten a pesar de estas medidas.

Casi todas las personas mejoran **sin necesidad de cirugía**. Los tratamientos principales son:

- **Evitar la actividad que agrava los síntomas:** este es el paso más importante. Reducir temporalmente el remo, el levantamiento de pesas o cualquier actividad repetitiva durante unas semanas permite que la inflamación disminuya.
- **Usar una férula para la muñeca** que mantenga la muñeca ligeramente flexionada hacia atrás. Esto relaja los tendones afectados; suele usarse durante unas pocas semanas.
- **Medicamentos antiinflamatorios en forma de tabletas o geles** (AINEs) para aliviar el dolor y la hinchazón.
- **Aplicar hielo** sobre la zona dolorida después de realizar actividades físicas.

Si estos tratamientos no logran mejorar los síntomas, una **inyección de corticoides** dentro del compartimento tendinoso (a menudo guiada por ecografía para mayor precisión) suele reducir la inflamación. En el reducido número de pacientes cuyos síntomas siguen reapareciendo a pesar de todo ello, una pequeña intervención quirúrgica para liberar y limpiar la vaina tendinosa irritada resulta muy eficaz. No obstante, este procedimiento rara vez resulta necesario.

Qué esperar

La mayoría de las personas se recuperan en unas pocas semanas o un par de meses después de reducir la actividad y usar una férula. El pronóstico es excelente: se trata de una afección que realmente mejora, y normalmente no deja debilidad ni rigidez duraderas una vez que se ha resuelto.

Lo que más suele provocar la recaída es volver a realizar la misma actividad intensa o repetitiva demasiado pronto. Volver a la actividad de forma gradual, y, cuando sea aplicable, revisar la técnica o el equipamiento empleado (por ejemplo, la forma de sujetar los remos en los remeros o la forma de agarrar la barra en el gimnasio), ayuda a prevenir su reaparición de forma permanente.

¿Cuándo consultar a un especialista?

- Dolor e hinchazón en la parte posterior del antebrazo que no mejora tras unas pocas semanas de reposo y el uso de una férula.

- Un sonido de crujido o chirrido en esa zona, o dolor que se intensifica cada vez que vuelves a practicar deporte o a realizar tu actividad laboral.
- Síntomas que reaparecen a pesar del reposo; merece ser evaluado, ya que una inyección guiada por ecografía podría ser de ayuda.
- Cualquier **fiebre, piel caliente y enrojecida, o hinchazón que empeore rápidamente**: consulta a un médico de inmediato, pues esto indica algo distinto a un simple sobreesfuerzo.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. El síndrome de intersección merece ser leído con mayor detenimiento, principalmente por lo que se confunde con él: se ubica a pocos centímetros de la tenosinovitis de De Quervain, se trata de manera distinta, y la evidencia que los diferencia es realmente escasa.

UBICACIÓN DEL DOLOR Y POR QUÉ ESO CONSTITUYE EL DIAGNÓSTICO

Dos músculos que van hacia el pulgar se cruzan sobre los dos tendones extensores de la muñeca, a unos cuatro a ocho centímetros por encima de la muñeca, en la cara posterior del antebrazo. La fricción en ese punto de cruce genera dolor, hinchazón y, a veces, un crujido audible o palpable al mover la muñeca.

La ubicación del dolor es el propio diagnóstico. En la tenosinovitis de De Quervain, el dolor se siente en la propia muñeca, sobre la protuberancia ósea del lado del pulgar. En el síndrome de intersección, el dolor se percibe claramente más arriba, en el antebrazo. Ambas afecciones se desencadenan con el movimiento del pulgar y de la muñeca, y ambas pueden provocar hinchazón; sin embargo, el punto de máxima sensibilidad al tacto las diferencia, y esta distinción es lo suficientemente fiable como para que, con frecuencia, no sea necesario recurrir a estudios por imagen.

¿QUÉ DIFERENCIA A AMBAS POBLACIONES?

La comparación directa se realizó con un número reducido de pacientes, **80**, pero resulta informativa. El síndrome de intersección se presentó **con mayor frecuencia en hombres y en la mano dominante** que la enfermedad de De Quervain, tanto en el conjunto total de pacientes como al excluir a las mujeres en el período periparto; además, los pacientes con síndrome de intersección presentaron una **duración de los síntomas mucho más corta** [1].

Cada uno de estos hallazgos concuerda con el mecanismo fisiopatológico. El síndrome de intersección es una lesión por fricción derivada de movimientos repetitivos de extensión de la muñeca contra resistencia, como en el remo, el entrenamiento con pesas, los deportes de raqueta o el trabajo manual pesado; por eso afecta con mayor frecuencia al lado dominante y a quienes desarrollan dichas actividades laborales. La corta duración de los síntomas refleja que su aparición suele deberse a un cambio identificable en el nivel de actividad, en lugar de desarrollarse de forma insidiosa con el tiempo.

Por otro lado, la comparación con la enfermedad de De Quervain resulta igualmente reveladora: al excluir a las mujeres en el período periparto, la comparación cambió significativamente, lo cual subraya la fuerte asociación de esta enfermedad con el período postnatal; asociación que el síndrome de intersección no presenta.

TRATAMIENTO Y UNA EXPOSICIÓN HONESTA DE LAS EVIDENCIAS

En la gran mayoría de los casos, el tratamiento es conservador: reposo relativo respecto al movimiento que desencadena los síntomas, el uso de una férula tipo “spica” para el pulgar, medidas antiinflamatorias y corrección de la técnica o de la carga de trabajo que provocó la lesión. Cuando esto no surte efecto, se recurre a la inyección de corticoides en el espacio afectado; la liberación quirúrgica del segundo compartimento se reserva para el reducido número de pacientes que no mejoran.

La base de evidencias que respalda esta secuencia de tratamientos es escasa. La literatura científica está compuesta en su mayoría por series de casos e informes descriptivos; no existen ensayos que comparen las distintas opciones terapéuticas, y el estudio comparativo más amplio disponible es la serie mencionada anteriormente con **80** pacientes [1]. El orden de tratamiento se basa más en el mecanismo fisiopatológico y en la experiencia clínica que en una superioridad demostrada de alguna opción; esto merece ser expresado con claridad, en lugar de dar a entender que existe una base científica más sólida de la que realmente hay.

En la práctica, lo más valioso que se puede ofrecer en este caso es el diagnóstico mismo. Dado que la afección es autolimitada una vez que se elimina la carga que la provoca, identificar correctamente el sitio afectado y, por ende, el movimiento que debe modificarse, constituye el paso más importante del tratamiento.

REFERENCIAS

[1] Sato J, Ishii Y, Noguchi H. Características clínicas y ecográficas en pacientes con síndrome de intersección o enfermedad de De Quervain. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(2):220-5. <https://doi.org/10.1177/1753193415614267>