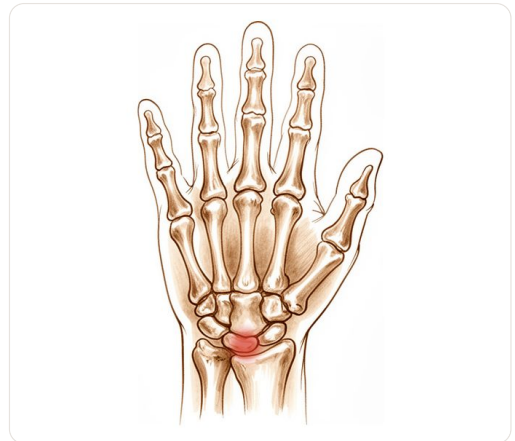


Enfermedad de Kienböck

Enfermedad de Kienböck avanzada (Etapa IIIB): el hueso semilunar, situado en el centro de la muñeca, ha perdido su irrigación sanguínea y se ha colapsado, alterando la mecánica de la muñeca en su conjunto.

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 dolor de la enfermedad de Kienböck se localiza en la parte posterior de su muñeca, sobre un pequeño hueso llamado semilunar. Con frecuencia aparece sin ninguna lesión evidente, aunque algunas personas recuerdan haber sufrido una caída o un golpe previamente. La parte posterior de la muñeca también puede verse o sentirse hinchada.

El dolor suele empeorar con la actividad y disminuir con el reposo. Muchas personas lo notan sobre todo al agarrar objetos, apretar algo o soportar peso mediante la muñeca. Es posible que su fuerza de agarre sea menor de lo habitual, y que la muñeca no se doble o gire con la misma libertad que antes.

Las tareas cotidianas que implican carga en la muñeca se vuelven más difíciles: levantarse de una silla, llevar bolsas de compras, retorcer un paño o utilizar herramientas manuales pueden provocar dolor. Algunas personas perciben rigidez y molestia en la muñeca al despertar o después de permanecer inmóviles por un tiempo.

Si el dolor de su muñeca sigue este patrón, merece la pena que lo evalúen. Un examen físico puede orientar hacia la enfermedad de Kienböck, pero se requieren estudios de imagen para confirmarlo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La muñeca está formada por ocho huesos pequeños que trabajan en conjunto. Uno de ellos, el hueso semilunar, se encuentra en el centro de la parte dorsal de la muñeca. Funciona un poco como un amortiguador: absorbe la carga y la transmite de manera uniforme a los huesos situados a cada lado.

En la enfermedad de Kienböck, el flujo sanguíneo hacia este pequeño hueso es insuficiente o se interrumpe. Algunos huesos semilunares reciben irrigación únicamente a través de un único vaso sanguíneo con pocas

ramificaciones dentro del hueso; por eso no existe una vía alternativa si dicho flujo se ve comprimido. Cuando la sangre no puede llegar, el hueso se ablanda y puede empezar a degradarse. Se cree que las cargas repetidas sobre la muñeca aumentan la presión interna del hueso, lo cual puede obstruir aún más el flujo sanguíneo. La forma de la muñeca también influye: si uno de los huesos del antebrazo es más corto que el otro, el hueso semilunar soporta una carga superior a la que está diseñado para resistir.

A medida que el hueso se debilita, puede aplanarse o fragmentarse. El hueso contiguo pierde entonces su función amortiguadora y se hunde en el espacio resultante; toda la fila de huesos de la muñeca puede desalinearse. Por eso, a medida que la enfermedad avanza, la fuerza de agarre disminuye y la muñeca se vuelve rígida.

Los médicos clasifican el grado de avance de la enfermedad en distintas etapas. En las fases iniciales, el hueso está blando pero aún intacto. Posteriormente, colapsa y las articulaciones de la muñeca pueden desarrollar artritis degenerativa. La etapa en que se encuentre la enfermedad es crucial, pues determina cuál es el tratamiento adecuado: desde reducir la carga sobre el hueso hasta procedimientos de reconstrucción o, en casos avanzados, extirpación o fusión de partes de la muñeca.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con 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 consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su muñeca y solicitamos estudios de imagen si resultan necesarios. Estudios como la tomografía computarizada y la resonancia magnética muestran hasta qué punto ha avanzado la enfermedad y nos ayudan a planificar el tratamiento.

En el caso de problemas crónicos como este, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico. Esto implica modificar la forma en que utiliza la muñeca, reducir la carga de esfuerzo y usar una férula para permitir el descanso del semilunar. La fisioterapia o terapia de la mano tiene como objetivo mantener el movimiento de la muñeca y preservar su fuerza de agarre mientras el hueso se recupera. Por lo general, damos a este enfoque una oportunidad razonable antes de considerar la cirugía.

Si se requiere medicación para el dolor, los antiinflamatorios simples pueden aliviar el malestar, permitiéndole trabajar en el movimiento y la fortaleza muscular. Estos medicamentos tratan los síntomas, no la enfermedad en sí.

La cirugía se considera cuando el tratamiento no quirúrgico no brinda suficiente alivio, o cuando los estudios de imagen revelan que el hueso está comenzando a colapsar. El objetivo de la mayoría de las intervenciones es reducir la carga sobre el semilunar para que pueda recuperarse. Una opción consiste en acortar ligeramente uno de los huesos del antebrazo, lo que distribuye la carga de manera más uniforme en toda la muñeca. Otra opción es realizar un injerto óseo con su propio suministro sanguíneo, colocado en el semilunar para favorecer su curación. Estos procedimientos buscan equilibrar las cargas articulares y son adecuados para las fases iniciales de la enfermedad.

Una vez que el semilunar ha colapsado de forma considerable o se ha desarrollado artritis por desgaste en la muñeca, pasamos a opciones de rescate. Estas implican sacrificar algo del movimiento de la muñeca a cambio de mayor comodidad y funcionalidad. La carpectomía de fila proximal consiste en extirpar el semilunar y dos huesos adyacentes, permitiendo que los huesos restantes asuman su función. La artrodesis de muñeca une algunos de los huesos de la muñeca para evitar que se froten entre sí. La artrodesis escafo-capitada, que une dos huesos situados en el lado del pulgar de la muñeca, es otra alternativa que podríamos plantearle. Le explicaremos en detalle cada procedimiento y sus consecuencias para su muñeca, y juntos decidiremos cuál es el mejor camino para usted.

Qué esperar

La enfermedad de Kienböck normalmente no mejora por sí sola. Tiende a progresar lentamente a lo largo de los años y, sin tratamiento, puede derivar en artritis degenerativa de las articulaciones de la muñeca. No obstante, el ritmo de progresión varía según cada persona; en algunos casos el hueso mantiene su forma durante un año o más sin sufrir cambios.

Con tratamiento, el pronóstico depende del grado de avance de la enfermedad. En las fases iniciales, reducir la carga sobre el hueso puede proporcionar un alivio del dolor duradero. La osteotomía de acortamiento radial, la intervención quirúrgica de acortamiento del antebrazo mencionada anteriormente, permite a muchas personas disfrutar de mejoras durante una década o más; la mayoría conserva una función útil de la muñeca a largo plazo. Asimismo, el injerto óseo con su propio suministro sanguíneo también puede estabilizar la situación a largo plazo. En adolescentes, estas operaciones pueden mejorar tanto los síntomas como el aspecto de la muñeca en las imágenes radiológicas.

En casos avanzados, las intervenciones de rescate como la carpectomía de la fila proximal o la fusión de la muñeca implican sacrificar cierta movilidad a cambio de mayor comodidad. Su objetivo es controlar el dolor y mantener la muñeca operativa para las actividades cotidianas, aunque no pueden devolverla a su estado original.

Hay que reconocer que no existe un único tratamiento que haya demostrado ser superior a los demás para esta afección. Algunas personas responden bien a la cirugía; otras, únicamente a las férulas y a cambios en sus actividades; y unas pocas siguen teniendo problemas a pesar del tratamiento. Aproximadamente una de cada ocho personas sometidas a la operación de acortamiento del antebrazo acaban necesitando posteriormente una intervención de rescate. Aun así, la mayoría de los pacientes tratados logran aliviar el dolor y conservar una muñeca funcional.

Lo que usted puede hacer es proteger el hueso semilunar desde el principio: reducir la carga pesada, usar la férula según las indicaciones y mantener la terapia de la mano; todo ello brinda al hueso una oportunidad de recuperación. Cuanto antes se detecte la enfermedad, más opciones tendrá. Si el dolor de muñeca no mejora, venga a vernos en lugar de esperar a que desaparezca por sí solo.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si presenta dolor en la zona media del dorso de la muñeca que no mejora, especialmente si apareció sin una lesión evidente. Otros signos que merecen atención son la hinchazón en el dorso de la muñeca, una disminución de la fuerza de agarre, o una muñeca que ya no se dobla ni gira con la misma libertad que antes. Solicite una evaluación por parte de un especialista si el reposo, el uso de férulas y la reducción de la carga física no han surtido efecto tras un período razonable de prueba; también si el dolor interfiere con su trabajo o su sueño. La enfermedad de Kienböck suele progresar lentamente; cuanto antes se detecte, más opciones de tratamiento tendrá. Un examen físico puede sugerir su presencia, pero se requieren estudios de imagen para confirmar el diagnóstico.

En mayor profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La enfermedad de Kienböck merece esta lectura adicional debido a un hallazgo preocupante que se repite en toda la literatura al respecto: las cirugías realizadas para tratarla mejoran los síntomas, pero no modifican claramente el efecto de la enfermedad sobre el hueso.

LA CIRUGÍA ALIVIA EL DOLOR; NO SE HA DEMOSTRADO QUE MODIFIQUE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La comparación más directa disponible consistió en seguir a pacientes a largo plazo tras realizar una osteotomía radial, comparándolos con quienes recibieron tratamiento no quirúrgico. La osteotomía radial **no resultó superior** al tratamiento no quirúrgico en cuanto a la progresión de la enfermedad según el estadio de Lichtman; sin embargo, sí generó mejores resultados en cuanto al **dolor** y al **rango de movimiento de la muñeca** [1].

Estos son dos planteamientos distintos, y así debe entenderse. La intervención quirúrgica mejora la sensación y el movimiento de la muñeca, pero no se ha demostrado que impida el colapso del semilunar. Una comparación a largo plazo posterior entre el tratamiento no quirúrgico y el injerto óseo vascularizado arrojó conclusiones similares [2].

Este es el punto más importante que se debe comprender antes de dar consentimiento para la cirugía. Si la operación se presenta como un medio para *salvar el semilunar*, dicha afirmación va más allá de la evidencia científica. En cambio, si se propone para reducir el dolor y preservar el movimiento en una muñeca que actualmente duele, entonces sí cuenta con respaldo clínico.

¿POR QUÉ LAS RADIOGRAFÍAS Y LOS SÍNTOMAS NO COINCIDEN?

La enfermedad de Kienböck se define mediante criterios radiológicos; los estadios de Lichtman describen la esclerosis, luego el colapso y finalmente la desintegración del carpo. Es lógico suponer que las imágenes radiológicas reflejan el nivel de dolor. Sin embargo, con frecuencia no es así. En algunos casos, el estado radiológico del carpo empeora mientras el paciente siente mejoría; en otros, el dolor persiste aun en etapas tempranas de la enfermedad.

Esa discrepancia explica por qué el hecho de que “la radiografía muestre un peor estado” no constituye, por sí solo, motivo para intervenir quirúrgicamente, y por qué el seguimiento mediante imágenes sucesivas no es un método fiable para tomar decisiones. La decisión debe basarse en los síntomas y en la función de la mano.

EXISTEN NUMEROSAS OPERACIONES, Y ESO EN SÍ MISMO ES REVELADOR

Acortamiento radial, acortamiento del hueso capitate, injerto óseo vascularizado, descompresión del núcleo, fusiones parciales, carpectomía de la fila proximal: el número de procedimientos descritos es muy elevado. Una revisión sistemática sobre la osteotomía de acortamiento del capitate es una de las adiciones más recientes [3].

En cirugía, una larga lista de procedimientos alternativos para una misma patología suele ser señal de que ninguno de ellos es claramente superior. Esa es la interpretación correcta en este caso; explica por qué dos cirujanos competentes pueden proponer procedimientos distintos para el mismo problema de muñeca sin que ninguno de ellos esté equivocado.

La lógica subyacente a la mayoría de estos procedimientos es de tipo mecánico: reducir la carga que recibe el hueso semilunar, ya sea acortando el radio para que el cúbito asuma más carga, o acortando el capitate para disminuir la fuerza que se transmite al semilunar. Se trata de intentos por aliviar la carga sobre un hueso cuyo aporte sanguíneo está disminuyendo; no buscan restaurar dicho aporte sanguíneo, con la excepción parcial del injerto vascularizado, que intenta lograr ambas cosas.

¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED?

Tres consecuencias prácticas. La observación vigilante es una opción válida, y no un caso de inacción, especialmente si el dolor es tolerable. El propósito de cualquier intervención quirúrgica debe enunciarse en función de los síntomas, no de la etapa de la enfermedad. Y como ningún procedimiento se ha mostrado claramente superior a los demás, resulta fundamental saber por qué *esta* operación es la adecuada para *su* muñeca, para su varianza cubital, para la etapa de su condición y para sus necesidades personales; esto es más importante aquí que en la mayoría de las cirugías de mano.

REFERENCIAS

- [1] Shin YH, Kim JK, Han M, Lee TK, Yoon JO. Comparación de los resultados a largo plazo de la osteotomía radial y el tratamiento no quirúrgico para la enfermedad de Kienböck: una revisión sistemática. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(14):1231-40. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00764>
- [2] Park JY, Kim JK, Shin YH. Comparación de los resultados a largo plazo entre el tratamiento no quirúrgico y el injerto óseo vascularizado para la enfermedad de Kienböck. Clin Orthop Surg. 2023;15(4):643. <https://doi.org/10.4055/cios22307>
- [3] Simske N, Pourghaed M, Johnson C, Clark DM. Osteotomía de acortamiento del capitate para la enfermedad de Kienböck: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2026. <https://doi.org/10.1177/15589447261441826>