CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Lesión del ligamento escafo-lunar

La lesión del ligamento escafo-lunar suele producirse tras una caída sobre la mano extendida; el dolor se siente en la parte dorsal de la muñeca.

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

La mayoría de las personas notan esto por primera vez después de una caída sobre la mano extendida; esa caída típica en la que uno intenta amortiguar el impacto y, al mismo tiempo, se fractura la muñeca. Se siente dolor en la parte posterior de la muñeca, generalmente un poco hacia el lado del pulgar; este dolor suele intensificarse al empujar, agarrar objetos o soportar peso con la mano: al hacer flexiones, al levantarse de una silla, al abrir una puerta pesada o al levantar una olla.

La muñeca a menudo se siente débil e inestable. Algunas personas describen una sensación de “clic”, “chasquido” o atrapamiento al moverla de cierta manera, como si algo en su interior se desplazara. Puede haber algo de hinchazón, y el punto exacto en la parte posterior de la muñeca, entre dos de los pequeños huesos de la muñeca, suele ser sensible al tacto. En las primeras fases, es fácil atribuirlo a un esguince que “no termina de curarse”; esa es precisamente la trampa: el ligamento afectado no sana por sí solo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La muñeca está formada por ocho pequeños huesos que se mantienen en una alineación precisa gracias a ligamentos cortos y resistentes. Uno de los más importantes es el **ligamento escafo-lunar**, que une dos de esos huesos (el escafoides y el lunado) en el centro de la muñeca. Funciona como la piedra angular que permite que todo el carpo se mueva como una unidad coordinada.

Cuando ese ligamento se desgarra, ambos huesos pierden su conexión. El escafoides se inclina hacia adelante y los huesos comienzan a salirse de su alineación normal. Al principio, esto puede manifestarse únicamente cuando la muñeca se somete a cierta tensión (un problema “dinámico”); con el tiempo, esa separación puede

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

volverse permanente (un problema “estático”). La razón por la que tomamos esto en serio, incluso cuando el dolor es leve, es a largo plazo: una muñeca cuyos huesos ya no están alineados sufre un desgaste irregular; con el paso de los años, esa carga anormal puede desgastar el cartílago y provocar un patrón específico de artritis de muñeca. Tratar el ligamento a tiempo consiste precisamente en prevenir todo esto.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara es cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton; él orienta la forma en que manejamos esta afección en nuestra clínica. 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. Esto nos permite iniciar con una evaluación exhaustiva de su historial clínico, un examen físico y estudios por imágenes. Dado que un desgarro reciente a menudo puede repararse directamente, procuramos evaluar las lesiones nuevas con prontitud; las lesiones más antiguas se tratan de otra manera, como se describe a continuación.

El tratamiento adecuado depende en gran medida de **cuándo ocurrió la lesión** y de **si los huesos aún están alineados**, razón por la cual es fundamental obtener un diagnóstico preciso. Por lo general combinamos el examen físico con radiografías (en ocasiones se toman vistas especiales “de estrés” mientras el paciente cierra el puño) y, con frecuencia, con resonancia magnética. La forma más fiable de visualizar directamente el ligamento es mediante una **artroscopia de muñeca** (cirugía con cámara endoscópica), que sirve tanto para el diagnóstico definitivo como, en muchos casos, para el tratamiento.

- En **lesiones recientes** donde aún es posible reparar el ligamento, este se sutura nuevamente (cada vez más mediante técnicas mínimamente invasivas); a veces se refuerza con tejido cercano, y los huesos se mantienen en posición con alambres temporales mientras cicatriza.
- En **lesiones más antiguas** donde ya no se puede reparar el ligamento de forma sencilla, pero aún es posible volver a alinear los huesos, el tratamiento habitual consiste en **reconstruir** el ligamento. Los cirujanos utilizan una tira de uno de los propios tendones del paciente, o tejido cercano, que se teje en su lugar para restablecer la conexión y volver a colocar el escafoides en su posición correcta.
- En **lesiones crónicas** donde los huesos permanecen rígidos en una posición anómala o ya se ha desarrollado artritis, ya no es posible reparar ni reconstruir el ligamento. En estos casos optamos por **operaciones de rescate** cuyo objetivo es proporcionar una muñeca más fuerte y mucho menos dolorosa, mediante la fusión o extirpación de ciertos huesos pequeños; esto implica aceptar cierta pérdida de movilidad a cambio de una mayor comodidad a largo plazo.

En casos leves y casuales que no causan molestias, a veces basta con un seguimiento clínico, acompañado de terapia de manos para fortalecer los músculos que ayudan a estabilizar la muñeca.

Qué esperar

Se trata de una lesión de muñeca que se beneficia enormemente de un diagnóstico y tratamiento tempranos. Cuando se repara un desgarro reciente o se reconstruye uno que aún es reducible, el objetivo es lograr una

muñeca estable y cómoda que le permita volver a realizar la mayoría de sus actividades. No obstante, es normal perder un poco de la amplitud extrema de movimiento, y la recuperación se mide en meses, no en semanas. Tras la cirugía, deberá llevar un yeso o férula durante un tiempo mientras la reparación cicatriza; posteriormente se iniciará un programa estructurado de terapia de la mano para recuperar el movimiento y la fuerza. Los alambres, si se utilizan, suelen retirarse en la consulta unas semanas después.

La verdad: ninguna intervención quirúrgica devuelve la muñeca a su estado original, y los resultados suelen ser mejores cuanto antes se trate la lesión. Si ya ha llegado a la fase de "salvamento", el compromiso es real pero vale la pena: se reduce considerablemente el dolor y obtiene una muñeca en la que puede confiar, aunque con cierta rigidez como contrapartida. Lo más importante es elegir la intervención adecuada para su lesión específica; para ello, es fundamental mantener una conversación detallada al respecto.

Cuándo consultar a un especialista

- Una muñeca que **permanece dolorida, débil o "hace clic" durante más de unas pocas semanas** después de una caída; en particular, dolor en el dorso de la muñeca al empujar o agarrar algo. No asuma que un "esguince" persistente es inofensivo.
- Ha **fracturado la muñeca (fractura del radio distal)** y la muñeca sigue adolorida o inestable después de que el hueso haya sanado. Estas lesiones ligamentosas suelen ocurrir conjuntamente y a veces pasan desapercibidas.
- Una sensación constante de **clic, traba o de que la muñeca "cede"**.
- Lesión conocida del escafoides y semilunar, con **dolor nuevo o en aumento, o hinchazón que no desaparece**: merece una reevaluación antes de que empeore.

En mayor profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La lesión del ligamento escafo-lunar merece una lectura adicional, pues es la lesión de muñeca en la que mayor es la diferencia entre la gravedad del problema y la eficacia de las soluciones disponibles; la literatura médica lo afirma claramente.

¿POR QUÉ UN LIGAMENTO TAN PEQUEÑO ES TAN IMPORTANTE?

El escafoides y el lunato se encuentran uno al lado del otro en la primera fila de los huesos carpianos, unidos por un ligamento interóseo corto. Su forma hace que tiendan a rotar en direcciones opuestas bajo carga: el escafoides se flexiona, mientras que el lunato se extiende; el ligamento es lo que los mantiene unidos a pesar de esa tendencia.

Cuando este ligamento falla, los dos huesos se separan y giran uno lejos del otro. Dado que todo el carpo se mueve como un sistema interconectado, esto altera la forma en que la carga se distribuye en la muñeca; el cambio en el contacto entre los huesos provoca, progresivamente, el desgaste articular siguiendo una secuencia bien definida: el patrón de colapso avanzado escafolunado.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Este es el punto clave para el paciente: un desgarro completo sin tratamiento no es una situación estable que pueda mejorar por sí sola. Es la primera etapa de un proceso artrítico predecible; eso justifica la necesidad de atender una lesión que, al principio, puede no ser especialmente dolorosa.

LAS RECONSTRUCCIONES NO SE HAN DIFERENCIADO AÚN

En el caso de lesiones crónicas, existen numerosas técnicas quirúrgicas, lo cual ya resulta informativo por sí solo. Al comparar distintas técnicas para la ruptura crónica del ligamento interóseo escafolunar en **978** pacientes, **la tenodesis logró mejorar significativamente el espacio y el ángulo escafolunarar en comparación con la capsulodesis**, según mediciones radiográficas; los datos disponibles también indican ciertos beneficios de la tenodesis [1].

No obstante, la mejora radiográfica no equivale a superioridad clínica; la revisión más amplia al respecto resulta poco concluyente. En el caso de la disociación escafolunar no artrítica crónica en **342** pacientes, la heterogeneidad en la recopilación de datos, la escasez de estudios comparativos y el seguimiento a corto plazo impidieron **llegar a cualquier conclusión sobre la superioridad de alguna técnica en particular**. Los autores abogan por la realización de estudios comparativos a largo plazo **y estudios sobre la evolución natural de la enfermedad** [2].

LA FALTA DE ESTUDIOS SOBRE LA EVOLUCIÓN NATURAL ES EL VERDADERO VACÍO

Esa última solicitud resulta inusual y merece ser analizada con detenimiento. Pedir estudios sobre la evolución natural de las lesiones implica que el campo médico no sabe con certeza qué ocurre con una lesión escafo-lunar no tratada: cuántos pacientes desarrollan artritis, en qué plazo de tiempo y cuáles son los casos afectados.

Sin esa información, no es posible cuantificar los beneficios de un tratamiento. Sabemos que la secuencia degenerativa que lleva a la artritis efectivamente ocurre; sin embargo, desconocemos qué proporción de pacientes la experimenta ni con qué rapidez. Por consiguiente, cualquier afirmación de que la reconstrucción "previene la artritis" no es más que una extrapolación basada en mecanismos fisiológicos, no un resultado clínicamente demostrado.

De ello se derivan dos conclusiones. En primer lugar, el momento del tratamiento es crucial: reparar un ligamento cuando el tejido aún es reparable y los huesos aún pueden reducirse no es lo mismo que realizar una reconstrucción años después. En segundo lugar, cualquier recomendación terapéutica debe basarse más en los hallazgos individuales del paciente que en evidencia proveniente de ensayos clínicos, puesto que dicha evidencia aún no existe.

ETAPAS EN LAS QUE EL PROCESO YA HA AVANZADO

Una vez que se desarrolla la artritis, la cuestión reconstructiva deja de ser relevante y surge la necesidad de optar por un tratamiento de rescate; habitualmente, esto implica decidir entre extirpar la fila proximal de los huesos carpianos o fusionar cuatro de ellos. Estas opciones, así como las evidencias que las comparan, se describen en la página sobre el síndrome SLAC/SNAC de la muñeca, no aquí.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

REFERENCIAS

[1] Daly LT, Daly MC, Mohamadi A, Chen N. Trastorno crónico del ligamento interóseo escafolunar: revisión sistemática y metaanálisis de los tratamientos quirúrgicos. Hand (N Y). 2018;15(1):27-34. https://doi.org/10.1177/1558944718787289

[2] Naqui Z, Khor WS, Mishra A, Lees V, Muir L. Manejo de la disociación escafolunar crónica no artrítica: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(4):394-401. https://doi.org/10.1177/1753193417734990

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au