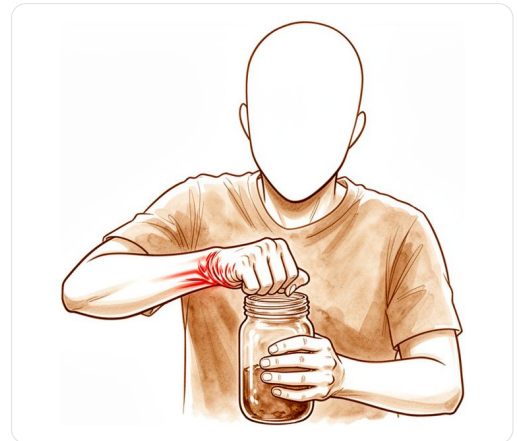


PATIENT INFORMATION

SLAC y SNAC de la muñeca

Las etapas de la artritis de muñeca SLAC y SNAC.

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

En caso de presentar artrosis de tipo SLAC o SNAC en la muñeca, el dolor se localiza en lo profundo de la misma, generalmente en la parte dorsal de la mano. Suele ir aumentando con el paso de los años en lugar de aparecer de forma repentina. Las superficies articulares desgastadas rozan entre sí, y ese roce es lo que usted percibe como dolor sordo o agudo.

Ciertos movimientos empeoran la situación. Cargar peso sobre la muñeca con la mano extendida hacia atrás, como al levantarse de una silla o salir de una piscina, suele ser doloroso. La combinación de agarre y torsión también es un desencadenante frecuente: girar una llave, abrir un tarro o retorcer un paño. El descanso alivia el dolor; sin embargo, muchas personas notan que la muñeca les duele por la noche o que al despertar está rígida y tarda en relajarse.

A medida que la artrosis avanza, las tareas cotidianas se vuelven más difíciles. Es posible que evite levantar objetos pesados con esa mano, o que cambie de mano para llevar las compras o verter líquido de una tetera. La fuerza de agarre suele disminuir, por lo que abrir tarros, girar picaportes o manipular ollas pesadas requiere más esfuerzo que antes. Algunas personas observan que la forma de la muñeca cambia, o que esta cede bajo carga.

El dolor y la rigidez se deben, en general, al desgaste de determinadas articulaciones de la muñeca; el patrón de afectación de dichas articulaciones determina qué tratamientos son viables. Si el desgaste se limita a una zona concreta de la muñeca, existen intervenciones quirúrgicas que eliminan las superficies dañadas manteniendo el resto de la movilidad. Si el desgaste es más generalizado, la fusión de algunos o todos los huesos de la muñeca puede aliviar el dolor. Su cirujano examinará la muñeca y realizará estudios de imagen para identificar el patrón que le corresponde; esa información determinará qué opciones terapéuticas son adecuadas para usted.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La muñeca está formada por ocho huesos pequeños dispuestos en dos filas. La fila más cercana al antebrazo incluye un hueso llamado escafoides, que se encuentra en el lado del pulgar y soporta gran parte de la carga cuando usamos la mano. Dos de esos huesos, el escafoides y el lunado, normalmente se mantienen unidos por una fuerte banda de ligamento. Imagine esa banda como la junta que permite que ambos huesos se muevan como un solo conjunto.

Cuando esa banda se desgasta o se rompe, los dos huesos dejan de funcionar en conjunto. El escafoides se desplaza de su posición normal, y las superficies articulares entre este y el hueso del antebrazo comienzan a rozar de forma desigual; es similar a cómo un neumático se desgasta por un solo borde cuando las ruedas no están alineadas. Ese rozamiento provoca artritis por desgaste, y es lo que genera el dolor intenso en la parte posterior de la muñeca del que acaba de leer.

Existen dos formas en que este proceso se inicia. En la muñeca SLAC, la banda de ligamento entre el escafoides y el lunado se ha debilitado con el tiempo, a veces sin que haya habido ninguna lesión evidente. En la muñeca SNAC, el escafoides se fracturó en algún momento y nunca sanó; por eso el hueso queda dividido en dos partes y la articulación se desgasta de igual manera. En ambos casos, el desgaste suele comenzar donde el escafoides se une al hueso del antebrazo, para luego extenderse a la articulación situada debajo. Una zona de la muñeca, donde el lunado se une al hueso del antebrazo, normalmente permanece intacta.

Esa zona intacta es importante. Dado que el desgaste sigue un patrón predecible, su cirujano puede determinar la etapa de la enfermedad: en la etapa temprana solo una articulación está afectada; en etapas posteriores, también lo está la articulación inferior. La etapa determina qué procedimientos quirúrgicos son posibles. Si solo una zona está dañada, la cirugía puede eliminar las superficies afectadas y permitir que el resto de la muñeca siga moviéndose. Si el desgaste es más generalizado, fusionar algunos o todos los huesos de la muñeca puede aliviar el dolor.

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 esa primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos la muñeca y solicitamos estudios de imagen cuando resultan necesarios para determinar qué partes están desgastadas.

En el caso de un problema de larga duración como este, normalmente empezamos con tratamiento no quirúrgico. Modificar la forma en que se carga la muñeca resulta útil: reducir el levantamiento de pesas, utilizar la otra mano para ciertas tareas, y adaptar herramientas o agarres en casa y en el trabajo. La fisioterapia o terapia de la mano busca mantener la movilidad de la muñeca, disminuir la irritación y fortalecer los músculos circundantes para que las actividades cotidianas requieran menos esfuerzo. Una férula puede permitir que la

muñeca descanse y aliviar el dolor, especialmente durante la noche. Por lo general, damos a estas medidas una oportunidad razonable durante varios meses antes de considerar otras alternativas.

Los analgésicos también pueden ser de ayuda. Los analgésicos simples, tomados según sea necesario, pueden atenuar el dolor. Los antiinflamatorios reducen la hinchazón e irritación en la articulación desgastada, lo que disminuye el dolor y la rigidez. Estas son opciones que puede comentar con su médico de cabecera, quien le aconsejará cuál se adapta mejor a usted.

Si estos pasos no logran una mejora suficiente, entonces se plantea la cirugía. La elección depende de qué articulaciones de la muñeca están desgastadas y hasta qué punto se ha extendido ese desgaste, tal como lo indican los estudios de imagen y la evaluación clínica. Cuando solo una parte de la muñeca está afectada, una operación puede extirpar los huesos dañados y permitir que las articulaciones restantes soporten la carga, manteniendo cierta movilidad. Si el desgaste es más generalizado, fusionar algunos o todos los huesos de la muñeca elimina el dolor, aunque a costa de la movilidad. En ciertos casos, un reemplazo articular o un implante que recubre uno de los huesos de la muñeca pueden ser alternativas a la fusión. Cada opción equilibra el alivio del dolor con la cantidad de movilidad que se conserva; normalmente el alivio del dolor es la prioridad. Analizaremos juntos cuál alternativa se ajusta a su muñeca y tomaremos esa decisión en conjunto.

Qué esperar

El SLAC o SNAC de la muñeca es una afección crónica. El desgaste articular no se revierte por sí solo; por eso, sin tratamiento, el dolor y la rigidez suelen aumentar con el paso de los años en lugar de desaparecer por sí solos. Muchas personas logran manejar la situación durante mucho tiempo mediante cambios sencillos: evitar levantar cargas pesadas, usar la otra mano y usar una férula cuando la muñeca empieza a molestar. No obstante, si el desgaste sigue avanzando, las tareas cotidianas se vuelven más difíciles y el dolor tiende a persistir o reaparecer cada vez que se carga la muñeca.

Cuando el tratamiento se adapta a la etapa adecuada, el pronóstico suele ser favorable. El tratamiento no quirúrgico puede aliviar el dolor y permitir que la persona siga realizando la mayoría de sus actividades, aunque no detiene el desgaste subyacente. Si se requiere cirugía, el objetivo es lograr un alivio del dolor fiable, manteniendo al máximo la movilidad y la fuerza posibles en una muñeca ya desgastada. Las fusiones parciales de muñeca se realizan para reducir el dolor sin perder la movilidad; al seguir los principios bien establecidos de estas intervenciones, se obtienen buenos resultados. Las operaciones que preservan el movimiento pueden ser duraderas siempre que se realicen en la muñeca y etapa adecuadas.

Hay que reconocer que no todos los resultados son perfectos. Algunas personas siguen sintiendo cierto dolor o no pueden volver a sus actividades laborales previas tras la cirugía. En un pequeño número de casos, las fusiones no se consolidan, o los implantes metálicos generan dolor y requieren una segunda operación para retirarlos. En contadas ocasiones, la artritis avanza en las articulaciones restantes, y una fusión parcial podría eventualmente requerir transformarse en una fusión total de muñeca. Esta transformación es poco frecuente: ocurre en un porcentaje reducido de fusiones parciales, y ambas opciones principales que preservan el movimiento presentan tasas similares de este tipo de complicación. Las infecciones tras la cirugía de muñeca son poco comunes, y la mayoría de los problemas de la herida se resuelven con tratamiento sencillo.

La recuperación requiere paciencia. Después de una fusión parcial, la muñeca suele quedar protegida con una férula o escayola durante unos dos meses; luego se inician pronto los ejercicios de movilidad para evitar la rigidez. La mejora continúa de forma gradual durante meses, y la función de la muñeca puede seguir mejorando durante años.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Esta afección se desarrolla de forma gradual; por eso, la mayoría de las personas acuden al médico cuando la muñeca ya no responde a medidas sencillas. Consulte a su médico de cabecera para que le derive a un especialista si el dolor persiste desde hace meses, si el reposo, las férulas y los antiinflamatorios no lo han aliviado, o si su fuerza de agarre sigue disminuyendo, dificultando el manejo de frascos, manijas y ollas pesadas. Acuda antes si el dolor le impide dormir casi todas las noches o le impide desempeñar sus tareas laborales. Dado que el desgaste articular sigue un patrón predecible, consultar a tiempo le brinda más opciones de tratamiento: las intervenciones quirúrgicas que preservan el movimiento de la muñeca dan mejores resultados cuando el desgaste aún se limita a una sola zona de la articulación. Si ya se ha sometido a una cirugía de muñeca y aparece hinchazón, calor o enrojecimiento alrededor de la herida, o si se siente mal y presenta fiebre, es necesario recibir evaluación el mismo día, en lugar de esperar a una cita programada.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. Vale la pena leer con detenimiento sobre las intervenciones SLAC y SNAC para la muñeca, pues la elección entre estas dos técnicas estándar de rescate supone un verdadero compromiso: una ofrece mayor movilidad y la otra mayor fuerza. Además, las últimas evidencias agrupadas parecen favorecer a una de ellas en general.

DOS OPERACIONES, DOS COMPROMISOS DISTINTOS

Una vez que el carpo se ha deteriorado hasta adoptar un patrón artrítico, no es posible restaurar las superficies articulares; por ello, ambas operaciones consisten en eliminar el contacto artrítico en lugar de repararlo. La **carpectomía de la fila proximal** consiste en extirpar toda la primera fila de huesos carpianos, permitiendo que la cabeza del hueso capitado ocupe el espacio dejado por el escafoides y el lunato. La **fusión de los cuatro huesos carpianos** implica extirpar el escafoides y fusionar los cuatro huesos restantes en un único bloque óseo.

Al comparar ambas técnicas directamente en **240** pacientes, los compromisos quirúrgicos quedan claros. La artrodesis de los cuatro huesos carpianos produjo **una desviación radial y una fuerza de agarre significativamente mayores**, expresadas como porcentaje respecto al lado opuesto; en cambio, la carpectomía de la fila proximal generó **mejor flexión, extensión y rango total de movimiento, además de una tasa global de complicaciones más baja** [1].

Esto se explica por la propia naturaleza de cada procedimiento: la fusión de cuatro huesos en un bloque mantiene las inserciones musculares que permiten el agarre, pero elimina el movimiento entre ellos. Por el contrario, la extirpación de una fila de huesos acorta el carpo y crea una articulación nueva y más móvil, pero a costa de la fuerza que aportaban dichos huesos.

EL ANÁLISIS CONJUNTO MÁS AMPLIO FAVORECE A LA CARPECTOMÍA

La evidencia más reciente y de mayor volumen ha cambiado el equilibrio. En **3,174** pacientes con muñecas SLAC y SNAC, **la carpectomía de fila proximal arrojó mejores resultados y una tasa de complicaciones menor que la fusión de cuatro ángulos** [2].

La diferencia en las complicaciones es el aspecto más fiable de dicha comparación, y cuenta con una explicación mecánica: la fusión de cuatro ángulos requiere la unión de cuatro superficies óseas; por ello, la no unión, los problemas con el material de fijación y la necesidad de retirarlo son complicaciones que, sencillamente, no se presentan tras una carpectomía.

Incluso al analizar las distintas variantes de fusión, esa diferencia persiste. Al comparar la artrodesis de dos ángulos con la de cuatro ángulos, ambas técnicas mostraron **resultados y complicaciones similares**, a pesar de la supuesta ventaja teórica de la fusión más reducida; por lo tanto, ambas siguen siendo opciones razonables [3].

CUANDO LA DECISIÓN SIGUE APUNTANDO EN OTRA DIRECCIÓN

El resultado agrupado no implica que la carpectomía sea siempre la opción correcta. Depende de que la cabeza del hueso capitado y la superficie correspondiente del radio permanezcan intactas, ya que ambas superficies pasan a constituir la nueva articulación. Cuando la artritis ya ha afectado al capitado, es decir, en una fase más avanzada del mismo proceso, la carpectomía carece de una superficie sólida sobre la cual articularse, por lo que la fusión articular se convierte en la única alternativa.

La edad y el nivel de demanda funcional también son factores relevantes. En pacientes jóvenes cuyas muñecas soportan mayor carga, la fusión articular resulta preferible por mantener la resistencia, aun aceptando una tasa de complicaciones más elevada.

CUANDO AMBAS OPCIONES SE HAN AGOTADO

Si las medidas de rescate no surten efecto, o si la artritis está demasiado extendida para aplicar cualquiera de ellas, las opciones restantes son la fusión total de la muñeca y el reemplazo total de la muñeca. Ambas son eficaces para aliviar el dolor y mejorar la capacidad de agarre; sus tasas de complicaciones son **comparables: 17% y 19%**, respectivamente. Tras el reemplazo se observa una mejora funcional, aunque aún faltan datos a largo plazo sólidos al respecto [4].

Es útil conocer esta equivalencia, pues la fusión y el reemplazo suelen presentarse como opciones radicalmente distintas. La diferencia radica en el resultado final: una muñeca fuerte, indolora pero inmóvil, frente a una muñeca móvil que cuenta con un implante destinado a perdurar; no en la frecuencia con que presentan complicaciones.

REFERENCIAS

[1] Saltzman BM, Frank JM, Slikker W, Fernandez JJ, Cohen MS, Wysocki RW. Resultados clínicos de la carpectomía de fila proximal frente a la artrodesis de cuatro ángulos en la artropatía traumática de la muñeca: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):450-7. <https://doi.org/10.1177/1753193414554359>

- [2] Hones KM, Hao KA, Rakauskas TR, Densley S, Hampton H, Kim J, et al. Fusión de cuatro ángulos frente a carpectomía de fila proximal en casos de colapso avanzado del escafolunar y colapso avanzado por no unión del escafoides: una revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2024;49(7):633-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.01.011>
- [3] Hundepool CA, Duraku LS, Quanjel TJ, van Minnen LP, Jansen MC, Zuidam JM. Artrodesis de dos, tres o cuatro ángulos para la osteoartritis mediocarpiana: una revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2025;50(1):93.e1-93.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.04.018>
- [4] Zhu XM, Perera E, Gohal C, Dennis B, Khan M, Alolabi B. Revisión sistemática de los resultados de la artrodesis y artroplastia de muñeca en pacientes con artritis de muñeca. J Hand Surg Eur Vol. 2020;46(3):297-303. <https://doi.org/10.1177/1753193420953683>