CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Lesión del complejo fibrocartilaginoso triangular de la muñeca

El complejo fibrocartilaginoso triangular (TFCC), ubicado en el lado del meñique 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

El dolor se localiza en el lado del meñique de su muñeca, el lado cubital. Con frecuencia empeora cuando apoya peso sobre ese lado: al levantarse de una silla apoyándose en las manos, al agarrar un frasco o al girar el picaporte de una puerta mientras sostiene algo pesado. Los movimientos de giro, como escurrir un paño o usar un destornillador, también pueden desencadenarlo.

Algunas personas notan que la muñeca está inestable, como si fuera a ceder, o que da un chasquido cuando gira el antebrazo. Otras tienen un dolor que persiste sin una causa clara en los estudios de imagen, algo frecuente en esta parte de la muñeca. El dolor puede empeorar después de la actividad y puede molestarle por la noche o al despertarse.

En el día a día, las tareas que requieren un agarre firme y un giro se vuelven difíciles: abrir una tapa atascada, cargar una bolsa de la compra pesada con ese lado o apoyarse en la mano para levantarse de un asiento bajo. Un trabajo que implique herramientas o un esfuerzo repetido de la muñeca puede mantener el dolor.

Si sus síntomas no se alivian, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Dentro de su muñeca, en el lado del meñique, hay una estructura llamada complejo fibrocartilaginoso triangular, o CFCT (TFCC por sus siglas en inglés). Puede imaginarla como un amortiguador con cuerdas

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

sujetas a él. El amortiguador es un disco de cartílago resistente y deslizante situado entre el extremo del cúbito, el hueso del antebrazo de ese lado, y los huesos pequeños de la muñeca. Las cuerdas son ligamentos que anclan ese disco al cúbito y estabilizan la articulación donde los dos huesos del antebrazo se unen en la muñeca.

El CFCT cumple dos funciones a la vez. Amortigua la carga que pasa por el lado cubital de la muñeca y mantiene unida esa articulación del antebrazo mientras usted gira la palma hacia arriba y hacia abajo. Esta doble función explica los dos patrones descritos más arriba. Cuando se rompe la parte que amortigua, duele apoyar peso sobre ese lado: al levantarse de una silla, al agarrar, al girar. Cuando las cuerdas se arrancan de su punto de anclaje en el cúbito, la propia articulación pierde su sujeción, de modo que la muñeca parece que va a ceder o da un chasquido al girar el antebrazo. El segundo patrón es más importante, porque la parte ligamentosa es la que mantiene unida la articulación.

Hay algo más que conviene saber sobre esta zona. Solo el borde externo del CFCT tiene aporte de sangre, aproximadamente del 10 % al 40 % exterior. La parte interna casi no recibe sangre. La sangre es lo que permite la curación, así que las roturas cerca del borde tienen una posibilidad real de repararse, mientras que las roturas en el centro tienden a no curar por sí solas. Por eso una rotura en esta zona puede seguir doliendo: el tejido dañado se encuentra en un lugar donde al cuerpo le cuesta repararlo, y cada vez que agarra o gira la muñeca vuelve a cargarlo.

Así que el dolor, los chasquidos y la sensación de que la muñeca cede no son problemas separados. Son lo que ocurre cuando una estructura que amortigua y sujeta, y que soporta carga con cada movimiento de la mano, ya no cumple ninguna de sus dos funciones.

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 historial clínico, examinamos su muñeca y solicitamos estudios de imagen si es necesario, a fin de determinar qué está roto.

Algunas roturas del CFCT mejoran sin operación. Una férula puede mantener la muñeca inmóvil y quitar carga de la zona dolorida, mientras el borde externo, la parte que tiene aporte de sangre, tiene la oportunidad de repararse. La terapia de la mano busca aliviar el dolor y recuperar la fuerza y el agarre, para que la muñeca vuelva a soportar las cargas cotidianas. Normalmente damos a estas medidas un plazo razonable de varias semanas antes de valorar si están funcionando.

Los analgésicos en comprimidos y los antiinflamatorios pueden ayudarle a seguir moviéndose mientras la rotura mejora. No reparan el tejido; hacen que los días sean más llevaderos.

Si después de eso el dolor o los chasquidos siguen limitándole, hablamos de cirugía. El primer paso habitual es la cirugía mínimamente invasiva, llamada artroscopia de muñeca. El cirujano examina el interior de la articulación a través de pequeñas incisiones con una cámara diminuta, que es la forma más precisa de confirmar una rotura del CFCT y de revisar al mismo tiempo los ligamentos y las superficies articulares. Algunas roturas

pueden limpiarse o repararse a través de esas mismas pequeñas incisiones. Cuando el amortiguador se ha desgastado y el lado del meñique de la muñeca está sobrecargado, un procedimiento puede rebajar una pequeña cantidad del extremo del cúbito para quitar presión de ese lado. La elección entre limpiar la rotura, repararla o reconstruirla con un injerto de tendón depende de dónde se encuentre la rotura y de cuánto tiempo lleve presente.

Se trata de una decisión compartida. Le explicamos en qué consiste cada opción y qué puede cambiar y qué no, y usted decide qué se ajusta a su muñeca y a su vida.

Qué esperar

En muchas personas, una rotura del CFCT mejora con el tiempo y el cuidado adecuado. Las roturas cerca del borde externo, donde está el aporte de sangre, tienen una posibilidad real de repararse por sí solas o con una férula. Las roturas más profundas del amortiguador tienden a no curar por sí solas, pero el dolor puede aliviarse igualmente una vez que la muñeca descansa y soporta menos carga.

La recuperación es gradual más que repentina. La mayoría de las personas notan que el dolor va disminuyendo a lo largo de semanas más que de días, y la fuerza de agarre y de giro vuelve a medida que la muñeca mejora. Si se somete a cirugía mínimamente invasiva por una rotura aislada en ese lado del meñique, el tiempo medio hasta volver al trabajo es de 5,5 semanas. Los deportistas pueden tardar más en volver a su deporte, sobre todo si hay otras lesiones en ese mismo lado de la muñeca. Un patrón que conviene conocer: si el extremo del cúbito ha estado presionando contra la muñeca y causando dolor, ese dolor tiende a reaparecer cuando vuelve al deporte.

Si la rotura no se trata, el pronóstico depende de qué parte esté dañada. Una rotura del borde puede calmarse. Una rotura en el centro, o una en la que las cuerdas ligamentosas se han soltado, a menudo sigue doliendo con cada agarre y cada giro, porque ese tejido se encuentra donde al cuerpo le cuesta repararlo. La sensación de que la muñeca cede también puede mantenerse.

La cirugía no garantiza una muñeca sin dolor. Las personas operadas mediante cirugía mínimamente invasiva por un dolor de muñeca de larga evolución mejoraron de media aproximadamente un 50 % al cabo de un año, y la mayoría seguía teniendo algo de dolor y rigidez en ese momento. Lo que la cirugía hace bien es confirmar exactamente qué está roto y reparar lo que puede repararse, lo que normalmente supone menos dolor y una muñeca que vuelve a soportar las cargas cotidianas.

Si sus síntomas no se alivian, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

Cuándo consultar a un especialista

La mayoría de las roturas del CFCT no son urgencias. Algunas situaciones sí lo son. Acuda a un servicio de urgencias ese mismo día si la muñeca se pone caliente, roja, hinchada y dolorosa, sobre todo si tiene fiebre, porque eso indica una infección que requiere atención el mismo día. Lo mismo se aplica si los dedos o la mano

se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento de la mano después de una lesión. Para todo lo demás, lo que cuenta es la persistencia más que la rapidez. Acuda a su médico de cabecera si el dolor en el lado del meñique de la muñeca dura más de 3 meses y no ha mejorado con reposo, una férula o terapia de la mano. Pida antes una valoración por un especialista si la muñeca se siente inestable, cede o da un chasquido cuando gira la palma hacia arriba y hacia abajo, ya que eso sugiere que la parte ligamentosa del CFCT se ha arrancado. Un dolor que le impide trabajar, que le despierta por la noche o que continúa aunque los estudios de imagen sean normales también merece la opinión de un especialista, porque esta zona a menudo necesita un examen más detallado del que pueden ofrecer solo los estudios de imagen.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Las lesiones del complejo fibrocartilaginoso triangular merecen una lectura adicional, pues los debates técnicos que predominan en la literatura aún no se han resuelto; además, un detalle del régimen postoperatorio, al que se presta mucha menos atención, parece ser importante.

¿QUÉ FUNCIÓN CUMPLE REALMENTE ESTA ESTRUCTURA?

El CFMT es un disco de cartílago rodeado por un conjunto de ligamentos, situado entre el extremo del cúbito y los huesos carpianos. Cumple dos funciones simultáneamente: amortigua la carga que se transmite por el lado ulnar de la muñeca y estabiliza la articulación entre los dos huesos del antebrazo en la muñeca, es decir, la articulación radiocubital distal.

Esta doble función explica por qué las lesiones en esta zona se manifiestan de dos maneras distintas. Una rotura que afecta principalmente al disco genera dolor al soportar carga, al levantarse de una silla, al agarrar objetos o al girar la muñeca. En cambio, una rotura que separa las fibras profundas de su inserción en el cúbito, la inserción **foveolar**, provoca inestabilidad; la persona siente que la muñeca "cede" o "hace clic" al rotar el antebrazo. Esta segunda forma de lesión es más grave, pues dicha inserción ligamentosa es lo que mantiene la articulación unida.

LA RM ES PRECISA, CON UNA SALVEDAD QUE CONVIENE CONOCER

El diagnóstico depende en gran medida de las imágenes obtenidas. En un total de **1,298** pacientes, la precisión general de la resonancia magnética resultó aceptable; en el caso de **los desgarros periféricos, la precisión global fue relativamente alta**. Por ello, la RM, siempre que se utilicen los parámetros adecuados, se considera un método ideal para diagnosticar los distintos tipos de desgarros [1].

La salvedad radica precisamente en la palabra "periféricos". La resonancia magnética ofrece mejores resultados en la zona externa del complejo, mejor vascularizada, donde se localizan los desgarros reparables. En cambio, los desgarros centrales y degenerativos, así como el estado exacto de la inserción foveal, son más difíciles de caracterizar; por ello, los hallazgos clínicos y, en ocasiones, la artroscopia también tienen gran importancia junto con el estudio por resonancia.

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

LAS COMPARACIONES DE TÉCNICAS NO ARROJAN RESULTADOS CLAROS

Existen dos debates quirúrgicos recurrentes, y ninguno ha sido resuelto aún.

En cuanto al desgarro periférico común en el lado cubital, una revisión sistemática realizada en **240** pacientes reveló **falta de evidencia de alta calidad** para llegar a conclusiones definitivas sobre si la reparación artroscópica es superior a la reparación abierta; además, **no existe evidencia científica que indique la superioridad de una técnica sobre la otra** [2].

Respecto a la reparación de la fóvea, al comparar el uso de anclajes de sutura con la técnica de sutura transósea en **904** pacientes, ambos métodos lograron mejorar los resultados funcionales, reducir el dolor y aumentar la fuerza de prensión, con una baja tasa de reoperaciones; sin embargo, la comparación en cuanto al rango de movimiento resultó **inconclusa** [3].

El mensaje constante es que la reparación debe restaurar el anclaje del tejido; no se ha demostrado que el material utilizado para ello influya en el resultado final.

EL DETALLE POSTOPERATORIO QUE SÍ PARECE SER RELEVANTE

En este caso, la evidencia es más precisa y de utilidad práctica. Al comparar distintos regímenes de inmovilización tras la reparación de la zona foveal del CCTF en **288** pacientes, se observa que la inmovilización postoperatoria **podría beneficiarse más de limitar la rotación del antebrazo que de restringir el movimiento del codo**; además, la restricción adicional de la flexión y extensión del codo **no ha demostrado una ventaja consistente** [4].

Esto se explica directamente por la anatomía: la estructura reparada se ve sometida a carga por la rotación del antebrazo, no por el flexado del codo; por ello, la férula debe controlar el movimiento de rotación de la palma de la mano. Con frecuencia se emplea un yeso por encima del codo para lograr esto de forma indirecta, al impedir la rotación del codo; sin embargo, esta evidencia indica que el componente del codo no es la parte que realmente cumple esa función. Para el paciente, pasar seis semanas con un dispositivo ortopédico que deja el codo libre supone una experiencia notablemente distinta a la de llevar un yeso por encima del codo durante el mismo período.

REFERENCIAS

[1] Wang ZX, Chen SL, Wang QQ, Liu B, Zhu J, Shen J. Rendimiento de la resonancia magnética en la detección de lesiones del complejo fibrocartilaginoso triangular: un metaanálisis. J Hand Surg Eur Vol. 2015;40(5):477-84. https://doi.org/10.1177/1753193414567425

[2] Robba V, Fowler A, Karantana A, Grindlay D, Lindau T. Reparación abierta versus artroscópica de las roturas del complejo fibrocartilaginoso triangular en el lado cubital tipo 1B: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2019;15(4):456-64. https://doi.org/10.1177/1558944718815244

[3] Ma H, Wang J, Yang C. Eficacia de la técnica de anclajes de sutura y sutura transósea en la reparación artroscópica de la fóvea del complejo fibrocartilaginoso triangular: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4

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

[4] Lee J, Lee T, Lee S, Lim H, Chang E, Park MO, et al. Inmovilización postoperatoria tras la reparación de la fóvea del complejo fibrocartilaginoso triangular: una revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2026;51(5):512.e1-512.e11. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.01.029

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