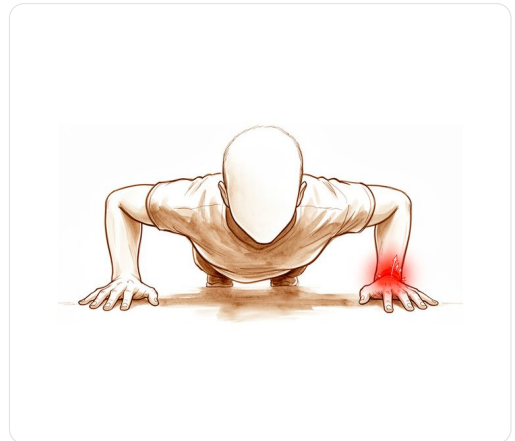


Lesión del complejo fibrocartilaginoso triangular de la muñeca



El complejo fibrocartilaginoso triangular (CFT), 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, la zona más cercana al antebrazo. Los médicos lo denominan el lado cubital. Con frecuencia empeora cuando gira la muñeca, se apoya en ella para levantarse de una silla o gira el picaporte de una puerta. El descanso suele aliviarlo, aunque el malestar puede reaparecer al volver a realizar actividades.

El dolor suele intensificarse tras el ejercicio, y muchas personas lo notan por la noche o al despertar. Girar la tapa de un frasco, levantar una tetera llena o incorporarse de un asiento bajo se vuelve difícil. Algunas personas perciben que la fuerza de agarre y de pellizco es menor que en el otro lado, por lo que cargar bolsas de la compra o abrir un grifo difícil resulta más complicado que antes.

Este tipo de dolor puede deberse a varios problemas distintos en esa misma zona, razón por la cual suele ser difícil identificar la causa exacta. El fibrocartílago triangular, una estructura cartilaginosa que amortigua esa zona de la muñeca, es una causa frecuente. El desgaste articular en las articulaciones cercanas o una fractura de muñeca que no ha sanado correctamente también pueden provocar un dolor similar. Dado que estas condiciones pueden coexistir, lo primero es realizar una historia clínica detallada y un examen físico. Su cirujano palpará el punto exacto donde le duele y moverá la muñeca de distintas formas para estimular o aliviar el dolor. Las radiografías casi siempre se realizan para evaluar dolores crónicos de muñeca, y en algunos casos se añade una resonancia magnética para examinar el cartílago y las articulaciones adyacentes.

Los estudios por imagen y las pruebas de movilidad no siempre arrojan una respuesta clara. Una radiografía puede mostrar cambios que en realidad no causan el dolor, y un resultado normal no descarta necesariamente la

existencia de una lesión. Cuando el dolor persiste más de 3 meses sin mejorar con tratamientos conservadores como el reposo, el uso de férulas o la fisioterapia, se puede plantear la artroscopia de muñeca. Se trata de una cirugía mínimamente invasiva en la que se introduce una cámara delgada dentro de la articulación. Esto permite al cirujano observar directamente las estructuras responsables del dolor y, con frecuencia, tratarlas en la misma intervención.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El complejo del cartílago fibrocartilaginoso triangular es una estructura amortiguadora situada en el lado del meñique de la muñeca. Puede considerarse como un pequeño amortiguador que se encuentra entre el extremo del hueso del antebrazo y los huesos de la muñeca. También funciona como una junta selladora que estabiliza la articulación donde la muñeca se une al antebrazo.

Este amortiguador está formado por varias partes que trabajan en conjunto: un disco central de cartílago resistente y elástico, además de ligamentos de soporte que lo anclan al pequeño hueso situado en la base externa del antebrazo. Esos ligamentos son los principales estabilizadores de la articulación que permite rotar el antebrazo, el movimiento que se utiliza para girar un destornillador o un picaporte.

Este amortiguador tiene un punto débil: solo su borde externo recibe irrigación sanguínea, aproximadamente el 10% al 40% de su superficie. La parte central carece por completo de flujo sanguíneo. Esto es importante, pues el tejido sin irrigación sanguínea tiene dificultades para cicatrizar. Por eso, cuando se produce una rotura en la zona central del amortiguador, esta suele permanecer abierta en lugar de cerrarse, y el dolor que se siente al girar o cargar peso sobre la muñeca sigue reapareciendo.

Las roturas varían en profundidad. Algunas son pequeñas fisuras en el borde del amortiguador, similares a una distensión. Otras son roturas completas a través del disco central, o desgarros en los cuales los ligamentos de soporte se separan de su punto de anclaje en el hueso del antebrazo. Las roturas más profundas, especialmente aquellas que afectan la estabilidad de la articulación rotativa o involucran dichos ligamentos, son las que suelen requerir cirugía en lugar de reposo y uso de férula.

Cuando el amortiguador o sus ligamentos resultan dañados, la articulación que estabilizan puede desplazarse ligeramente de su posición normal. Este movimiento adicional irrita las superficies cercanas y es una causa frecuente de que el dolor se intensifique al girar, agarrar objetos o apoyar el peso sobre 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 un historial clínico detallado, examinamos su muñeca y solicitamos estudios de imagen cuando es necesario, a fin de determinar la causa del dolor.

En la mayoría de los casos de desgarros del TFCC, primero se intenta el tratamiento no quirúrgico. El primer paso es evitar las actividades que provocan el dolor. Una férula puede mantener la muñeca inmóvil, dándole así al tejido dañado la oportunidad de recuperarse. La fisioterapia o terapia de la mano busca aliviar el dolor, restablecer el movimiento fluido y recuperar la fuerza necesaria para agarrar y sostener objetos. Por lo general, le pedimos que siga este tratamiento durante varios meses antes de considerar cualquier otra opción.

Los analgésicos y antiinflamatorios pueden ayudarle a sentirse más cómodo mientras la muñeca se recupera. No reparan el desgarro, pero facilitan la realización de las tareas diarias y el seguimiento de la terapia.

La cirugía se considera cuando el dolor persiste más de 3 meses sin mejoría a pesar del tratamiento conservador. La intervención principal es la artroscopia de muñeca, una cirugía mínimamente invasiva que se realiza mediante pequeñas incisiones y una cámara delgada. Esta técnica nos permite observar directamente el interior de la muñeca y, a menudo, tratar el desgarro en el mismo procedimiento. Los desgarros pequeños pueden ser recortados para evitar que interfieran con el movimiento. Los desgarros en el borde externo, donde hay buena irrigación sanguínea, pueden suturarse. También se pueden reparar aquellos desgarros en los que los ligamentos se han desprendido de su punto de anclaje en el hueso del antebrazo. Si el tejido dañado no puede repararse, a veces es posible reconstruirlo usando una tira de tendón de su propio antebrazo. En algunos casos, también se acorta un pequeño fragmento óseo para reducir la presión en esa zona de la muñeca. Analizaremos cuál de estas opciones es la más adecuada para su caso y decidiremos conjuntamente el plan de tratamiento que mejor se ajuste a usted.

Qué esperar

La mayoría de las personas con este tipo de dolor de muñeca experimentan mejoría, aunque esta suele ser parcial y no total. Cuando el dolor de muñeca persiste durante mucho tiempo y se realiza una cirugía artroscópica para examinar y tratar la causa, el dolor y la discapacidad suelen reducirse aproximadamente a la mitad en el transcurso de un año. Aun así, muchas personas siguen notando cierto dolor o limitación, aunque generalmente es menos molesto que antes.

Sin tratamiento, el desenlace depende de la causa del dolor. Un pequeño desgaste en el borde externo del menisco, donde hay irrigación sanguínea, puede mejorar con reposo, inmovilización y fisioterapia. En cambio, los desgarros en la zona central del menisco rara vez sanan por sí solos, ya que esa parte carece de suministro sanguíneo; por ello, el dolor tiende a reaparecer cada vez que se gira o se carga peso sobre la muñeca. Si la artrosis por desgaste o la presión en ese lado de la muñeca contribuyen al problema, los síntomas suelen persistir o volver, especialmente con la práctica de deportes o un uso intensivo. Cuando el dolor persiste a pesar de tratamientos previos, existen otras opciones, como una intervención para acortar un pequeño hueso del antebrazo y aliviar la presión en la zona afectada.

La recuperación es gradual, no repentina. Durante las primeras semanas, el objetivo es controlar el dolor y proteger la muñeca. La fuerza y la coordinación entre la muñeca y los dedos se recuperan a lo largo de semanas o meses; la mayor parte del cambio perceptible se observa entre las 8 y 12 semanas. Algunas personas regresan a la práctica deportiva antes que otras. Los atletas que también presentan lesiones en el mismo lado de la muñeca pueden necesitar más tiempo para volver a competir.

Los problemas graves tras una cirugía artroscópica de muñeca son poco frecuentes, aunque pueden ocurrir. La infección articular es rara. Problemas menos graves, como irritación cutánea temporal o entumecimiento breve de los dedos debido a la preparación quirúrgica, pueden presentarse, pero suelen desaparecer. Su cirujano le explicará los riesgos específicos para su muñeca y la intervención prevista, para que pueda sopesarlos frente al dolor que actualmente experimenta.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si el dolor en el lado del meñique de su muñeca persiste por más de 3 meses y no mejora con reposo, el uso de férula o terapia. Solicite una evaluación especializada si al girar, agarrar objetos o apoyarse en la muñeca el dolor vuelve a aparecer, o si siente que su fuerza de agarre y de pellizco es menor que en el otro lado. Diríjase a urgencias si, tras una cirugía artroscópica de muñeca, presenta fiebre, enrojecimiento, hinchazón en la muñeca o si la hinchazón en el antebrazo o la mano es tensa y le provoca dolor al moverla. Estos síntomas pueden indicar una infección articular o acumulación anormal de líquido; ambas situaciones requieren evaluación inmediata, sin esperar a una cita programada.

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.

LAS COMPARACIONES DE TÉCNICAS NO ARROJAN RESULTADOS CLAROS

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

En cuanto al desgarró 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 relacionado con el codo no es el 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>
- [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>