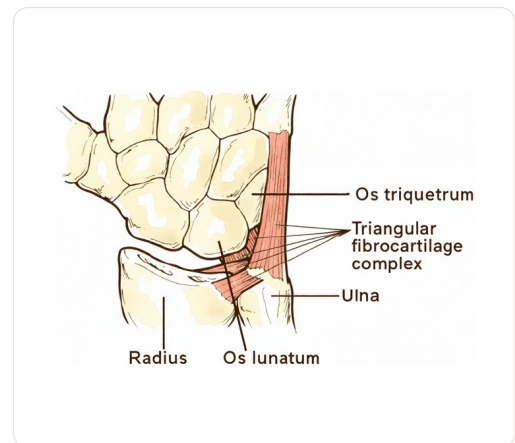


Dolor en el lado cubital de la muñeca e impactación cubital

El TFCC y el lado cubital (del dedo meñique) de la muñeca: una causa frecuente de dolor en el lado cubital de la muñeca.

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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 en el **lado del meñique de la muñeca** (el lado cubital) es muy común y puede deberse a varias causas. Esta página trata la causa mecánica más importante: una afección llamada **impacto cubital** (también conocida como compresión ulnocarpiana).

El dolor suele localizarse en la parte externa de la muñeca, cerca del dorso de la mano. A menudo empeora al ejercer una fuerza de agarre, al girar el antebrazo o al doblar la muñeca hacia el meñique; por eso, actividades cotidianas como abrir un frasco, girar una llave, usar un destornillador, retorcer un paño o apoyarse en la mano para levantarse de una silla pueden desencadenarlo. Muchas personas también perciben un **clic o chasquido** en la muñeca al realizar ciertos movimientos, y la muñeca puede doler tras un día de uso intenso. Apoyar peso sobre la muñeca (al hacer planchas, flexiones o al empujar una puerta pesada) es un factor que suele agravar los síntomas.

Por lo general, los síntomas aparecen de forma gradual y no se deben a una lesión única; no obstante, pueden surgir después de una fractura de muñeca.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Dos huesos del antebrazo llegan hasta la muñeca: el **radio** (lado del pulgar) y el **cúbito** (lado del meñique). Para que la muñeca funcione sin problemas, los extremos de estos dos huesos deben quedar aproximadamente al

mismo nivel. En la impacción cubital, el cúbito resulta relativamente más largo que el radio; esta condición es denominada por los médicos **varianza cubital positiva**.

Algunas personas nacen con un cúbito ligeramente más largo. En otras personas, esto se desarrolla posteriormente: con frecuencia, cuando una fractura de muñeca sana dejando el radio un poco más corto de lo normal, el cúbito queda “sobresaliendo” en relación al radio.

Sea cual sea la causa, ese pequeño exceso de longitud hace que el extremo del cúbito presione contra los pequeños huesos de la muñeca que lo rodean (el semilunar y el piramidal) cada vez que se carga peso sobre la muñeca. Entre esos huesos se encuentra un cojín de cartílago llamado **TFCC** (complejo fibrocartilaginoso triangular), que actúa como amortiguador. El contacto repetido desgasta lentamente este cojín, puede provocar su rotura y, con el tiempo, genera hematomas e incluso pequeños quistes en el hueso subyacente. Este proceso de desgaste es el que produce el dolor, el chasquido articular y la disminución de la comodidad al agarrar y girar objetos. (Tenemos una página aparte sobre [lesiones del TFCC](#), que suelen acompañar a esta condición.)

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara dirige nuestro servicio de cirugía de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton; allí tratamos el dolor en el lado cubital de la muñeca siguiendo un protocolo claro. 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. Comenzamos con una evaluación minuciosa para confirmar el diagnóstico; en casos crónicos, siempre intentamos primero el tratamiento no quirúrgico antes de considerar la cirugía.

La buena noticia es que la mayoría de las personas responden favorablemente al tratamiento no quirúrgico, y ese es siempre nuestro punto de partida.

Calmar la inflamación. Los primeros pasos son sencillos: modifique temporalmente las actividades que sobrecarguen el lado cubital de la muñeca (especialmente el agarre fuerte, los movimientos de torsión y el soporte de peso); use una **férula de muñeca** para mantener la articulación en reposo, y tome medicamentos antiinflamatorios para aliviar el dolor y la hinchazón. En ocasiones, una **inyección de esteroides** en la articulación ayuda a interrumpir el ciclo inflamatorio.

Confirmar el diagnóstico. Paralelamente al tratamiento, solemos realizar **radiografías** para medir con precisión cómo se alinean los dos huesos (a veces con una proyección especial que exagera el grado de impacto), y con frecuencia una **RM** para examinar el cartílago, el TFCC y el hueso subyacente. En algunos casos, se emplea la **artroscopia**, una técnica mínimamente invasiva, para visualizar el interior de la articulación, confirmar el diagnóstico y tratarla al mismo tiempo.

Si el problema persiste. Cuando el tratamiento no quirúrgico no logra mejorar la situación, el objetivo de la cirugía es reducir la presión sobre el lado cubital de la muñeca. La opción más consolidada es la **osteotomía de acortamiento del cúbito**: el cirujano extrae una pequeña porción del cúbito para ajustar su longitud y lo fija con una placa pequeña mientras cicatriza. En casos seleccionados, una alternativa menos invasiva es el procedimiento artroscópico conocido como **“wafer”**, que consiste en desgastar una pequeña porción del

extremo del cúbito mediante cirugía mínimamente invasiva. Ambas técnicas evitan que el hueso roce contra la articulación de la muñeca.

Qué esperar

En la mayoría de los pacientes, el impacto cubital es un problema que podemos resolver.

Las medidas no quirúrgicas solucionan una gran proporción de casos, y los síntomas desaparecen una vez que la articulación deja de verse sometida a sobrecargas repetidas.

Cuando es necesaria la cirugía, **el acortamiento del cúbito es una intervención fiable;**

los estudios que han seguido a los pacientes durante muchos años reportan un alivio del dolor duradero y un alto grado de satisfacción. El hueso necesita tiempo para sanar, por lo que hay un período de recuperación de varias semanas con férula o escayola mientras la osteotomía se une; posteriormente, se reanuda gradualmente la capacidad de agarrar y soportar cargas. Lo principal que se debe tener en cuenta es que, en ocasiones, el hueso tarda más de lo previsto en consolidarse, y que la pequeña placa metálica a veces se puede sentir bajo la piel, por lo que, una vez curado todo, se retira en algunos casos. En general, la gran mayoría de los pacientes vuelven a sus actividades cotidianas sin dolor.

¿Cuándo consultar a un especialista?

- **Dolor en el lado cubital de la muñeca que no mejora** tras varias semanas, o que reaparece al agarrar objetos o girar la muñeca; en estos casos merece ser evaluado.
- Dolor que persiste tras una fractura previa de muñeca, especialmente si desde entonces la muñeca nunca se ha sentido del todo bien.
- Un chasquido, crujido o sensación de atrapamiento constante en el lado del dedo meñique de la muñeca, sobre todo al soportar peso.
- Dolor que le impide desempeñar su trabajo o realizar sus actividades diarias. En este punto, vale la pena averiguar cuál es la causa y qué se puede hacer al respecto.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. El dolor en la zona cubital de la muñeca merece una lectura adicional, ya que no se trata de un diagnóstico en sí, sino de una localización; varios problemas distintos comparten esa misma zona reducida. Además, en el caso del más frecuente de ellos, la nueva técnica quirúrgica, más pequeña, presenta ahora cifras de complicaciones mejores que la técnica ya establecida.

¿POR QUÉ ESTA ZONA DEL CARPO RESULTA DIFÍCIL DE EVALUAR?

En un radio de pocos centímetros se encuentran el menisco triangular del carpo, la articulación radioulnar distal, el tendón del extensor carpi ulnaris y su vaina, la articulación pisotriquetral, el ligamento lunotriquetral,

así como el punto donde el cúbito se une a los huesos del carpo. Cada una de estas estructuras puede provocar dolor en el mismo lugar; muchas presentan anomalías en las imágenes diagnósticas en personas asintomáticas, y es frecuente que más de una esté afectada simultáneamente.

Por ello, en esta zona la evaluación requiere una localización precisa y pruebas de provocación más que en otras zonas del carpo. Asimismo, es común que los estudios de imagen indiquen la presencia de múltiples estructuras anómalas, lo cual no resulta de gran utilidad diagnóstica. También es por esta razón que causas menos frecuentes, como la impacción midcarpiana, se describen periódicamente como factores subestimados [1].

IMPACTACIÓN CUBITAL: EL PROBLEMA MECÁNICO Y SU SOLUCIÓN MECÁNICA

La causa estructural más frecuente es la impactación cubital: el cúbito resulta ligeramente más largo que el radio, de modo que los huesos del carpo quedan comprimidos contra su extremo al realizar agarres o al girar el antebrazo con la palma hacia abajo. Con el tiempo, esto desgasta el complejo fibrocartilaginoso triangular de la muñeca (TFCC) y el cartílago de los huesos adyacentes.

El tratamiento consiste en acortar el cúbito, ya sea mediante una incisión y acortamiento del eje óseo, o extrayendo una pequeña lámina ósea de su extremo, procedimiento que puede realizarse de forma artroscópica. En un estudio que incluyó **956** pacientes, tanto la técnica artroscópica como la técnica abierta de extracción de lámina ósea **podrían constituir alternativas viables a la osteotomía de acortamiento cubital, más utilizada**, aunque en ese momento no se había demostrado su superioridad clínica [2].

Datos más recientes refuerzan esta conclusión. Al comparar la técnica artroscópica de extracción de lámina ósea con la osteotomía de acortamiento cubital en **311** pacientes, ambas demostraron ser eficaces; sin embargo, el **grupo sometido a la técnica de lámina presentó menos complicaciones y una tasa de reoperación menor**, lo que llevó a los autores a considerarla una alternativa potencialmente superior [3].

¿POR QUÉ LA OSTEOTOMÍA GENERA MÁS COMPLICACIONES?

La razón no radica en que la operación se realice mal. Para acortar el eje óseo es necesario cortar el hueso, fijarlo con una placa mientras cicatriza y aceptar que quizás no llegue a unirse. Una revisión conjunta de **1,423** pacientes analizó específicamente los casos de no unión ósea; no se halló **diferencia alguna entre las osteotomías transversales y oblicuas**, por lo que se concluyó que la elección entre ambas no debe basarse en el riesgo de no unión [4].

El procedimiento de “wafer” evita por completo este tipo de problemas, ya que retira hueso del extremo del hueso en lugar de dividir el eje óseo. No se genera una fractura que deba unirse, y normalmente no es necesario retirar ninguna placa posteriormente; de ahí la diferencia en las tasas de reoperación.

La contrapartida es que el procedimiento de “wafer” permite retirar solo una cantidad limitada de hueso y exige que la articulación radiocubital distal esté sana; por ello, sigue siendo necesario acortar el eje óseo cuando se requiere una corrección mayor o cuando dicha articulación también está afectada.

LA CONSECUENCIA PRÁCTICA PARA EL PACIENTE

Dado que varias estructuras pueden ser la causa del problema, un tratamiento dirigido a una estructura incorrecta no surtirá efecto, por muy bien que se aplique. Es en esta zona donde las inyecciones diagnósticas, las

pruebas de imagen dirigidas y, en ocasiones, la artroscopia resultan útiles antes de tomar una decisión; también es aquí donde se debe llegar a un diagnóstico específico, y no simplemente a la descripción “dolor en la zona cubital de la muñeca”, antes de planificar una intervención quirúrgica.

REFERENCIAS

- [1] Kyriacou S, Tahmassebi R. Los síndromes de impactación mediocarpiana como causa poco frecuente de dolor en el lado cubital de la muñeca: una revisión. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1027-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.07.016>
- [2] Stockton DJ, Pelletier M, Pike JM. Tratamiento quirúrgico del síndrome de impactación cubital: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):470-6. <https://doi.org/10.1177/1753193414541749>
- [3] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Procedimiento artroscópico tipo “wafer” frente a osteotomía de acortamiento cubital para el síndrome de impactación cubital: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>
- [4] Owens J, Compton J, Day M, Glass N, Lawler E. Tasas de no unión tras la osteotomía de acortamiento cubital para el síndrome de impactación cubital: una revisión sistemática. J Hand Surg Am. 2019;44(7):612.e1-612.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.08.018>