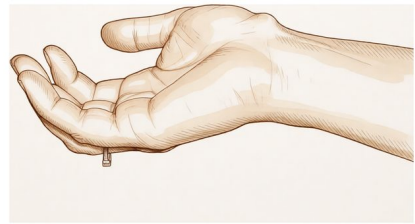


Quistes ganglionares de la muñeca

Un quiste ganglionar de muñeca: es un saco lleno de líquido, de forma redondeada y lisa, que sobresale por la parte posterior de la muñeca desde la articulación subyacente.

GEMalone / Wikimedia Commons, CC BY 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

Un quiste ganglionar de muñeca es un bulto lleno de líquido que se forma a partir de la articulación o de un tendón de la muñeca. Normalmente se percibe como un bulto liso en la parte dorsal de la muñeca, justo encima del centro de la articulación. Algunos quistes, en cambio, se localizan en la cara palmar, cerca del pliegue anterior de la muñeca. El tamaño del bulto puede variar; suele ser firme al tacto y permanece en el mismo lugar.

El bulto suele ser lo primero que se nota, pero también es frecuente sentir molestias o dolor. El dolor suele localizarse exactamente en el sitio del bulto y a veces se extiende un poco a toda la muñeca. Con frecuencia empeora tras realizar actividades, especialmente aquellas que implican flexionar la muñeca contra resistencia, como levantarse de una silla empujando con las manos, cargar bolsas de la compra o apoyarse en la mano para incorporarse del suelo. El reposo y el uso de una férula pueden aliviarlo. Algunas personas notan más dolor por la noche o al despertar.

Las tareas cotidianas que requieren una muñeca fuerte y estable pueden volverse incómodas: presionar con la palma, retorcer un paño, levantar una tetera pesada o sujetar una herramienta pueden empeorar los síntomas. En algunos casos, el quiste ejerce presión sobre estructuras cercanas, provocando chasquidos, sensación de “traba” o disminución de la fuerza de agarre.

Hay algunos datos importantes que conviene conocer. La mayoría de los quistes en la parte dorsal de la muñeca disminuyen o desaparecen por sí solos con el tiempo; aproximadamente el 40% se reducen durante los primeros 6 años. En niños menores de 10 años, la mayoría de los quistes en la cara palmar desaparecen solos en un plazo de 12 a 18 meses. Algunos quistes parecen pequeños en la superficie, pero se extienden más profundamente dentro de la muñeca de lo que se aprecia a simple vista; por eso los examinamos cuidadosamente antes de recomendar cualquier tratamiento.

Si el bulto no duele y no le causa molestias, observarlo y esperar puede ser una opción razonable. En cambio, si le provoca dolor, limita el uso de la mano o le impide dormir, entonces merece la pena considerar un tratamiento.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Un ganglio es un saco relleno de un líquido espeso y gelatinoso. Se forma a partir del revestimiento de una articulación de la muñeca o de la vaina tendinosa cercana. Imagine el revestimiento articular como una especie de junta blanda que sella y amortigua la articulación. Cuando esa junta se debilita, el líquido puede filtrarse y formar una protuberancia bajo la piel, similar a una pequeña ampolla de agua en una manguera de jardín.

La protuberancia en sí no lo explica todo. Por lo general, permanece conectada a la articulación mediante un tallo estrecho, parecido a una pajita. El líquido circula a través de ese tallo entre la articulación y la protuberancia; por eso esta puede aumentar o disminuir de tamaño. En el dorso de la muñeca, el tallo casi siempre conduce a un ligamento pequeño situado en el centro de la articulación. En la cara palmar, suele conectarse a una articulación cercana a la base del pulgar.

Esa conexión explica sus síntomas. Cuando dobla la muñeca hacia atrás bajo carga, el líquido se ve forzado a través del tallo y la protuberancia se tensa; por eso el dolor aumenta tras la actividad física. Además, la protuberancia puede situarse cerca de nervios o vasos sanguíneos en la cara palmar, lo que también contribuye a la molestia.

En ocasiones, el propio ligamento cercano al tallo se irrita o sufre una distensión leve. Esto puede provocar un dolor profundo incluso cuando la protuberancia es pequeña. Es importante saber que una protuberancia en el dorso de la muñeca a veces está relacionada con una pequeña brecha o debilidad en dicho ligamento; por eso evaluamos toda la muñeca, no solo la protuberancia.

Existen otras condiciones que pueden parecerse a esto. Por ejemplo, una protuberancia ósea dura en la base del pulgar o del nudillo del dedo índice. También puede tratarse de un engrosamiento a lo largo de un tendón en el dorso de la muñeca. Estas afecciones se tratan de manera distinta, por lo que confirmamos primero de qué se trata exactamente su protuberancia antes de recomendar cualquier tratamiento.

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 su historia clínica, examinamos su muñeca y solicitamos estudios de imagen únicamente si esto cambiará nuestras recomendaciones. Muchos bultos en la muñeca no requieren estudios de imagen en absoluto.

Dado que estos bultos a menudo desaparecen por sí solos, normalmente empezamos con una observación y espera. El reposo, evitar los movimientos que agravan el dolor y el uso de una férula para la muñeca pueden ayudar a aliviar los síntomas. La terapia de la mano busca calmar el dolor y mantener la movilidad de la muñeca mientras el bulto disminuye de tamaño o permanece igual. Algunos bultos se reducen lentamente a lo largo de los años, por lo que solemos recomendar probar estas medidas sencillas antes de recurrir a tratamientos más activos.

Si el bulto resulta doloroso, una opción es drenarlo con una aguja. El líquido es espeso y gelatinoso, por lo que el bulto puede reaparecer después. El drenaje del bulto, con o sin inyección de cortisona en sus alrededores, tiene éxito en entre el 35% y el 50% de los casos. Discutimos esta opción con usted y la evaluamos juntos.

La cirugía se considera cuando el dolor no cede, cuando el bulto reaparece tras el drenaje o cuando ejerce presión sobre alguna estructura de la muñeca. La operación consiste en extirpar el bulto y el pequeño tallo que lo conecta con la articulación, de donde proviene el líquido. Algunos bultos pueden tratarse mediante cirugía laparoscópica, usando una cámara diminuta dentro de la articulación; otros requieren una pequeña incisión abierta. Existe una página específica sobre la cirugía, y le explicaremos cuál método se adapta mejor a su caso.

La cirugía elimina el bulto de manera más fiable que el drenaje, aunque no es infalible: en alrededor del 10% de los casos el bulto reaparece tras la operación. Como ocurre con cualquier intervención quirúrgica en la muñeca, existen riesgos como infección, lesión de nervios pequeños y rigidez. Analizaremos todo esto con usted antes de tomar cualquier decisión; la elección siempre será suya.

Qué esperar

El pronóstico depende en gran medida del tratamiento que elija. Si deja el bulto sin tratar, hay una buena posibilidad de que desaparezca por sí solo. Muchos bultos se reducen o desaparecen con el tiempo; los niños menores de 10 años con un bulto en la cara palmar de la mano responden especialmente bien sin ningún tratamiento. Observar el bulto y esperar no le costará nada, salvo paciencia; algunos bultos tardan años en desaparecer.

Drenar el bulto con una aguja es un procedimiento rápido, pero el líquido suele volver a acumularse. Por eso, normalmente lo consideramos un paso dentro de un plan terapéutico más amplio, no una cura definitiva. Si el bulto sigue reapareciendo tras el drenaje, la cirugía se convierte en la opción más duradera.

La cirugía ofrece el resultado más fiable. La mayoría de los pacientes quedan satisfechos con el resultado una vez que la muñeca se ha estabilizado.

La recuperación tras la cirugía suele ser sencilla. Al principio, la muñeca le dolerá y estará algo rígida; se recomienda realizar movimientos suaves desde el inicio, a menudo dentro de las primeras 2 semanas. Mantener la muñeca en movimiento desde el principio reduce el riesgo de rigidez persistente. La rigidez es menos frecuente tras una cirugía en la cara palmar que en la cara dorsal de la muñeca, aunque puede ocurrir si no se mantiene el movimiento.

Hay algunos aspectos que conviene conocer antes de tomar una decisión. Algunas personas experimentan un dolor leve en la muñeca después de la cirugía; esto es más probable si su trabajo o actividades requieren doblar

la muñeca con fuerza. Las mujeres que ya sentían dolor antes de la cirugía también tienen más probabilidades de seguir sintiendo molestias después. La cicatriz puede ser visible, y en ocasiones los pequeños nervios cercanos al bulto pueden irritarse. Analizaremos todo esto con usted antes de que tome cualquier decisión.

Si el bulto no le causa molestias, dejarlo sin tratar es una opción totalmente razonable. Si le duele, limita el uso de la mano o sigue reapareciendo tras el drenaje, la cirugía ofrece una solución duradera para la mayoría de las personas.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de los bultos en la muñeca no requieren atención urgente, y muchos desaparecen por sí solos. Consulte a su médico de cabecera para que lo derive a un especialista si el bulto le duele, limita el movimiento de su mano o reaparece después de haber sido drenado. Acuda a revisión más pronto si el bulto crece rápidamente, se siente duro y fijo en lugar de ser lleno de líquido, o si se encuentra cerca de un nervio y provoca hormigueo, entumecimiento o debilidad en los dedos. Un bulto que ejerce presión sobre un nervio puede causar irritación duradera; por eso es conveniente tratarlo a tiempo. Acuda a urgencias si nota un cambio repentino de color, frío o pérdida del pulso en la mano, ya que esto podría indicar un problema vascular. Si en un niño el bulto no desaparece tras unos 2 meses de observación y uso de férula, o si vuelve a aparecer, solicite una evaluación especializada.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Los quistes ganglionares de la muñeca merecen una lectura más detallada, pues en realidad la elección radica entre aceptar el riesgo de recurrencia o someterse a una intervención quirúrgica; además, las cifras que sustentan esta decisión son lo suficientemente claras como para tomar una determinación.

LA ASPIRACIÓN VUELVE A PRODUCIRSE; LA EXCISIÓN, EN CAMBIO, NO, CON FRECUENCIA

Los dos tratamientos activos son extraer el quiste mediante una aguja y extirparlo quirúrgicamente junto con su tallo. Tras analizar **2,239** pacientes, **se observa que la excisión quirúrgica abierta presenta una probabilidad significativamente menor de recurrencia que la aspiración**. La excisión artroscópica ha arrojado resultados prometedores, pero los datos de ensayos comparativos son limitados y **no han demostrado su superioridad** [1].

Este mecanismo explica dicha diferencia. Un quiste ganglionar no es un saco de líquido flotante libremente; está conectado mediante un tallo a la cápsula articular subyacente, y la articulación sigue produciendo líquido. La aspiración vacía el reservorio pero deja intacta su fuente de origen; por ello, el rellenado del quiste es un resultado frecuente en lugar de un fracaso terapéutico. La excisión, en cambio, busca localizar y extirpar el tallo en su punto de origen.

LA EXTIRPACIÓN MEDIANTE TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y LA ABIERTA ARROJAN RESULTADOS SIMILARES

Cuando se opta por la extirpación, se han comparado directamente ambos métodos. En un total de **910** pacientes, **los resultados en cuanto a recurrencia y complicaciones fueron comparables entre la técnica artroscópica y la abierta**. Los autores abogan por la realización de estudios estandarizados y con suficiente potencia estadística [2].

Por ello, la decisión entre ambos métodos debe basarse en criterios secundarios: la presencia de cicatrices, la familiaridad del cirujano con cada técnica, y si es necesario examinar otras patologías intraarticulares simultáneamente, más que en el riesgo de recurrencia.

NADIE SE PONE DE ACUERDO SOBRE QUÉ HACER DESPUÉS, Y QUIZÁS ESO NO IMPORTE

Un hallazgo sencillo y honesto: una revisión sistemática y una encuesta realizadas entre cirujanos de mano revelaron que **existe división de opiniones respecto a si se debe inmovilizar la muñeca tras la extirpación de un ganglio dorsal**; además, en cuanto a los resultados funcionales, **no existen datos concluyentes que indiquen que alguna estrategia sea superior** [3].

Vale la pena saber que las diferencias en las indicaciones dadas por los cirujanos reflejan realmente una incertidumbre clínica, y no que alguno de ellos esté equivocado.

EL ARGUMENTO MÁS CONTUNDENTE SUELE SER NO HACER NADA

Ninguno de los puntos anteriores demuestra que un ganglio deba ser tratado. Se trata de quistes benignos que con frecuencia varían en tamaño; además, una parte de ellos desaparece sin necesidad de intervención alguna. No evolucionan hacia ninguna otra patología.

Esto cambia por completo la perspectiva de la decisión terapéutica. Las razones para tratarlo son el dolor, la interferencia con el movimiento de la muñeca o la capacidad de agarre, la presión sobre algún nervio cercano, o un tamaño que realmente moleste al paciente; no la mera presencia del bulto. Teniendo en cuenta que la aspiración conlleva una tasa significativa de recurrencia y que la extirpación implica los riesgos propios de una intervención quirúrgica en la cápsula articular, la observación cuidadosa constituye una opción válida como primera medida, y merece ser mencionada explícitamente en lugar de considerarse una falta de acción.

La excepción se da cuando el ganglio provoca síntomas neurológicos: entumecimiento, debilidad o dolor que se irradia a la mano. En esos casos, el quiste comprime una estructura que no puede tolerar dicha presión indefinidamente; por lo tanto, la observación cuidadosa deja de ser la opción de menor riesgo.

REFERENCIAS

- [1] Head L, Gencarelli JR, Allen M, Boyd KU. Tratamiento de los quistes ganglionares de la muñeca: revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2015;40(3):546-553.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.014>
- [2] Crawford C, Keswani A, Lovy AJ, Levy I, Lutz K, Kim J, et al. Excisión artroscópica versus abierta de los quistes ganglionares dorsales: revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(6):659-64. <https://doi.org/10.1177/1753193417734428>

[3] Wong CR, Karpinski M, Hatchell AC, McRae MH, Murphy J, McRae MC. Inmovilización de la muñeca tras la excisión de quistes ganglionares dorsales: revisión sistemática y encuesta. Hand (N Y). 2021;18(2):254-63.
<https://doi.org/10.1177/15589447211014631>