

---

---

# Resección artroscópica de quistes sinoviales dorsales de la muñeca

Dr. José Luis Pelaez, Ch. Mathoulin

---

## RESUMEN:

Los quistes dorsales de la muñeca, son generalmente debidos a una patología capsular, dicha anomalia; consiste en la formación de pseudoquistes de degeneración mixoide que habitualmente, se localizan al nivel del ligamento escafolunar.

Fueron propuestos distintos tratamientos, desde la abstención completa, hasta la cirugía a cielo abierto. El tratamiento quirúrgico se presenta como el más curativo, pero es también el responsable de numerosas complicaciones: de cicatrices antiestéticas, neuromas y pérdida de movilidad articular. A partir del análisis de 58 casos, podemos decir, que la resección artroscópica de los quistes sinoviales dorsales de la muñeca, es el método de elección de tratamiento, y con bajo índice de recidivas.

## ABSTRACT:

*Dorsal wrist ganglia are more frequent due to a capsular abnormality. This pathology consists of degenerative pseudo cysts that develop within the dorsal capsule of the wrist and correspond to the scapholunate ligament. They are almost 80% of all hand synovial cysts.*

*Several different treatments were suggested, from a complete abstention to open surgery. Surgical treatment is the most effective, but it may also cause many complications such as scars, neuromas or joint stiffness.*

*We consider that arthroscopic resection of wrist dorsal synovial cysts is the method of choice, as the follow-up is very simple and avoids almost all the complications described above.*

---

## INTRODUCCION

---

Los quistes sinoviales, gangliones por los anglosajones, son los tumores más frecuentes de la mano, representando en las grandes series, alrededor del 60%. Conocidos ya por Hipócrates y descriptos por Ambroise Pare, no presentan un verdadero problema en cuanto a su diagnóstico clínico, pero su etiología y tratamiento, continúan todavía hoy controvertidos. Se trata en general de pseudo quistes de degeneración mixoide del tejido conjuntivo que se desarrollan en el seno mismo de la cápsula articular, habitualmente, a nivel del ligamento escafo lunar (fig 1).

Con gran frecuencia, existen microquistes degenerativos en la base de su pedículo y/o en la cápsula misma, que precisan de un tratamiento asociado a la exceresis misma del quiste, o sea, resección de una parte de la cápsula articular.

Varios tratamientos han sido propuestos, éstos van desde la abstención terapéutica hasta la cirugía a cielo abierto, comprendiendo: la exceresis simple del quiste, y/o asociada a una porción de cápsula articular adyacente. El tratamiento quirúrgico, pareciera ser el más efectivo, sin embargo, es también el responsable de numerosos problemas, tales como cicatriz antiestética, lesiones sobre la rama sensitiva del nervio radial y rigidez de muñeca, sobre todo una pérdida de la flexión.

La resección artroscópica de los quistes sinoviales dorsales de muñeca, pareciera ser el método de elección, debido al post operatorio extremadamente simple, la ausencia de las complicaciones descritas y el bajísimo índice de recidivas.

El objetivo de este trabajo fue analizar una serie de 58 pacientes que fueron operados artroscópicamente por presentar un quiste dorsal de muñeca.

Institut de la Main  
6 Square Jouvenet  
Paris, Francia  
pelaezp@aol.com

---

## MATERIAL Y METODO

---

Entre los años 1998 y 2001, hemos operado 58 pacientes con esta técnica. Se trata de 50 mujeres y 8

varones. La edad media es 37 años con rango de 16 a 53 años.

El plazo medio entre la aparición del quiste y la cirugía fue de 8 meses (entre 3 y 32). La movilidad fue siempre normal. Sin embargo, encontramos una disminución, moderada, de la fuerza muscular, en toda nuestra serie, representando, aproximadamente el 75%, comparada con el lado opuesto.

En la gran mayoría de los casos se trataba de muñecas indoloras, salvo 5 casos en los cuales encontramos pequeños quistes intraarticulares, el diagnóstico fue hecho por RMN (fig 6) tratándose de pequeños quistes sinoviales, intraarticulares descritos por Levame (1) que habría denominado muñeca dolorosa de la “joven mujer” y otros 5 casos con dolor a la extensión forzada.

La motivación preoperatoria fue en la gran mayoría, estética. 32 pacientes habían sido tratados anteriormente por otras técnicas: aplastamiento, aspiración e infiltración (2). Hemos encontrado las siguientes lesiones asociadas: En 8 casos, había una lesión del ligamento escafo-lunar, exactamente en el origen del quiste; 1 paciente presentó una lesión del ligamento luno-piramidal. Encontramos 3 lesiones de cartilago, asociadas a la estiloides radial y 4 perforaciones centrales del ligamento triangular.

### Técnica Quirúrgica

Todos nuestros pacientes fueron operados bajo anestesia troncular y manguito neumático, en cirugía ambulatoria. Utilizamos una óptica de 2,4 mm con un ángulo de visión de 30 grados, y un shaver. El brazo del paciente fijo en 90 grados de flexión y la muñeca en tracción vertical asegurada por un kilotractor de Finochietto.

En un primer tiempo, realizamos un reparo de la po-



Figura 1: esquema que representa los límites estrechos entre el quiste y la capsula articular y su posición en frente del lig. escafolunar.

sición del quiste, dibujando los contornos del mismo. Utilizamos una vía de abordaje 4-5 o 6 R radiocarpiana y una vía de abordaje cubital mediocarpiana para la colocación del artroscopio. En efecto en nuestra experiencia, los quistes se desarrollaron en su mayoría, en la articulación medio carpiana algunas veces, “a caballo” entre las dos articulaciones y por último, con menor frecuencia, en la articulación radio carpiana.

El primer tiempo operatorio, consiste en el reparo a la aguja de los límites proximal y distal del quiste, para lo cual luego de la colocación del artroscopio por el costado cubital de la articulación, gracias a una vía de abordaje 4-5 R radiocarpiana, y/o cubital mediocarpiana, colocamos una aguja intramuscular a proximal y a distal respectivamente; este gesto, nos permitió sin error, el reparo de los límites exac-



Figura 2: Vía de abordaje, vemos el primer tiempo, donde reparamos el quiste con dos agujas intramusculares, Tratándose de un quiste medio carpiano puro. Introducimos el artroscopio por una entrada 6R radiocarpiana. Los contornos del quiste fueron marcados, confirmación medio-carpiana del quiste.

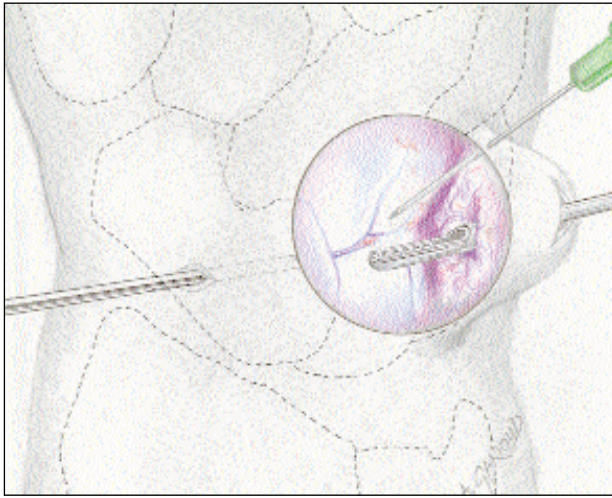


Figura 3: esquema que muestra la posición, transquiste del shaver, con control intra articular de la resección de la capsula y de la pared del quiste.

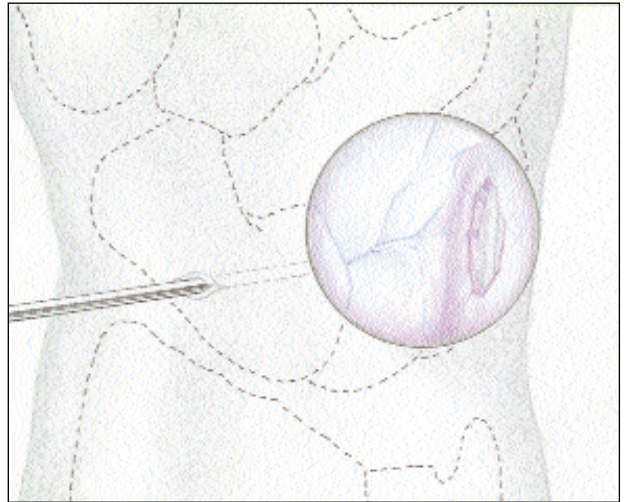


Figura 5: esquema que muestra como se ven los tendones extensores al final de la intervención.



Figura 4: Vista operatoria, mostrando el fin, de la resección del quiste, artroscopio en posición cubital, mediocarpiana. Podemos ver por debajo de esta vía de entrada, la vía de abordaje 6 R radio-carpiana que sirvió, anteriormente, al reparo presizo de los límites del quiste. El shaver colocado en medio-carpiana y en intraquiste para efectuar; la resección del quiste y la capsula afectada, bajo control artroscopico.



Figura 6: Imagen RMN, muestra pequeño quiste doloroso. Es interesante constatar su posición, medio-carpiana.

tos del quiste sinovial y de la cápsula patológica (fig 2), de esta forma es fácil de encontrar la base del quiste en el interior de la articulación, lo más frecuentemente, en frente del ligamento escafolunar, dentro de la articulación medio carpiana.

Realizamos, entonces una vía de abordaje, directamente a través del quiste sinovial, que por lo general se encuentra un poco más interno que la vía 3-4 radiocarpiana y radial mediocarpiana. En un primer tiempo evacuamos el contenido mucoso del quiste por presión externa, luego bajo control artroscópico, sirviéndonos de un mini shaver, vamos a resear: el quiste, la sinovitis y la cápsula articular (fig 3, fig 4). Los límites de la capsulotomía dorsal son difíciles a definir, en nuestra experiencia hemos visto que cuanto más difícil se hace la capsulotomía, estamos efectivamente, más cerca de la cápsula sana, en reglas generales se trata de una resección de 1 a 2 cm aproximadamente. Visualizamos perfectamente los tendones extensores al fin de la intervención, prestando especial atención a no tocar estos tendones con el shaver. (fig 5)

No realizamos sutura alguna sobre las incisiones, permitiendo de esta manera la evacuación de líquido y detritus del interior de la articulación. Los pacientes vuelven a su domicilio el mismo día, con la muñeca y mano libres de toda inmovilización; autorizados a utilizarlas normalmente luego que el efecto de la anestesia haya terminado.

---

## RESULTADOS

---

Nuestro seguimiento medio es de 27 meses (entre 12 y 36 meses).

### a) La localización

Como Whipple (3), y contraria a la idea, generalmente admitida de la localización radiocarpiana de estos quistes, la gran mayoría de los quistes fueron encontrados dentro de la articulación medio carpiana, 5 quistes estaban ubicados en la articulación radio carpiana, 11 gangliones, entre la medio y la radio carpiana y 42 de nuestros 58 casos serían medio carpianos puros.

### b) Resultado funcional

En su mayor seguimiento, ninguno de nuestros pacientes presentó dolor, la movilidad fue normal en todos los casos y la fuerza muscular idéntica comparada al lado opuesto.

Las pequeñas insisiones horizontales, de 5 mm que realizamos como vía de entrada quedaron como cicatrices, prácticamente invisibles.

### c) Las complicaciones

Las complicaciones clásicas del tratamiento quirúrgico a saber: cicatrices hipertróficas, y disminución de la flexión palmar, no fueron encontradas en nuestra serie. Sin embargo, hemos tenido dos recaídas en nuestra serie, ambas, creemos debidas a nuestra curva de aprendizaje, ya que se trataba de nuestros primeros casos. Ambos pacientes demandaron la misma intervención, para el tratamiento de la recaída.

---

## DISCUSION

---

La excisión de los quistes sinoviales dorsales de muñeca, es un gesto de confort. La resección quirúrgica, no está exenta de complicaciones. La resección artroscópica, aparece entonces, como una técnica elegante y fiable. Fue Whipple (8) el primero en preconizar la excisión de los quistes sinoviales por una vía dorsal. Osterman y Raphael (6) en 1995 codificaron el principio de esta intervención, mostraron 18 casos con un seguimiento de 16 meses, y no había ninguna recaída dentro de su serie.

Pederzini y col. (7) en 1995 publicaron su serie de 14 casos con una sola recaída. Fontes (3) en 1997 publicó 1 recaída sobre 32 casos. Luchetti y col. (5) refirió 2 recaídas sobre 30 pacientes. Geissler (4) no tuvo ninguna recaída y todos los pacientes estuvieron muy satisfechos de la técnica operatoria. En todas estas series, el índice de complicaciones es inexistente, el índice de recaídas es muy bajo, sin embargo debemos esperar un seguimiento más largo, para estar totalmente convencidos de esta, casi ausencia de recaídas.

---

## CONCLUSION

---

La resección artroscópica de los quistes sinoviales de muñeca, es una técnica segura. Permite, a condición de reparar bien los límites del quiste, una resección completa del quiste y de la cápsula articular adyacente. El índice de recaídas es bajo y la tasa de satisfacción de los pacientes alta, entre otras cosas por la ausencia de sutura cutánea y de inmovilización de muñeca.

---

## REFERENCIAS

---

- 1 Levame, Presse Med. 1970 31;78 (6); 273-4.
- 2 Holm P.C. A., Pandey S. D. Treatment of ganglia of the hand and wrist with aspiration and injection of hy-

- drocortisone. Hand 1973, 5, 63-68
- 3 Fontes D. Ganglia: Treatment by arthroscopy In : Sffard P., Amadio P.C., Foucher G. (eds) current practice in Hand Surgery. London, Martin Dunitz, 1997;283-290
  - 4 Geissler W.B.: Arthroscopic excision of dorsal wrist ganglia Techniques in hand and upper extremity surgery, 1998;2:196-201
  - 5 Luchetti R., Badia A., Alfarano M., Orbay J., Indriago I., Mustapha B.: Arthroscopic resection of dorsal wrist ganglia and treatment of recurrences Journal of Hand Surgery, 2000;25B:1:38-40
  - 6 Osterman A.L, Raphael L J.: Arthroscopic resection of dorsal ganglion of the wrist. Hand Clinics, 1995;11:7-12
  - 7 Pederzini L., Ghinelli L., Soragni O.: Arthroscopic treatment of dorsal arthrogenic cysts of the wrist Journal of sports traumatology and related research, 1995;17:210-215
  - 8 Whipple T.L.: Arthroscopic surgery. The wrist. Philadelphia : J.B. Lippincot;1992,82-84.