



MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere dolor localizado en la región dorsal y radial de la muñeca izquierda, especialmente en la tabaquera anatómica. Manifiesta pérdida de fuerza en la prensión manual, limitación funcional en los movimientos de extensión, pronación y supinación del antebrazo, y sensación de inestabilidad en la articulación radio-cubital distal. Presenta dolor irradiado hacia la palma y los tres primeros dedos, con parestesias ocasionales.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

- Fractura del escafoides izquierdo en abril de 2022, no reducida ni tratada quirúrgicamente, con probable consolidación defectuosa.
- Traumatismo reciente en febrero de 2025, con impacto directo sobre la muñeca izquierda.
- No se documentan antecedentes quirúrgicos ni comorbilidades relevantes.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Inspección.

- Ligero aumento de volumen en la región dorsal y radial de la muñeca izquierda.
- Sin deformidad evidente.

Palpación.

- Dolor significativo en la tabaquera anatómica.
- Dolor a la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano.
- Sensibilidad y dolor en la región distal de la articulación radio-cubital.

Movilidad articular.

- Limitación moderada en la extensión activa de la muñeca.
- Restricción parcial en los movimientos de pronación y supinación del antebrazo.
- Dolor y crepitación en la región radio-cubital distal durante maniobras de rotación del antebrazo.

Pruebas ortopédicas

- Test de Watson positivo: Sugiere inestabilidad del escafoides.
- Signo de Tinel positivo: Compatible con compresión del nervio mediano en el túnel carpiano.
- Test de carga del cúbito positivo: Sugiere posible lesión del fibrocartílago triangular (FCT) o inestabilidad radio-cubital distal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Pseudoartrosis parcial del escafoides izquierdo con alteración biomecánica secundaria.
2. Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano.
3. Inestabilidad distal radio-cubital con posible lesión del fibrocartílago triangular (FCT).

VALORACIÓN FUNCIONAL

- Déficit de fuerza en la musculatura flexora y extensora del carpo.
- Alteración de la sensibilidad en el territorio inervado por el nervio mediano.
- Pérdida de precisión en la prensión fina y en movimientos que requieren estabilidad radio-cubital.

PLAN DE TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO Y FISIOTERAPÉUTICO.

Control del dolor e inflamación.

- Crioterapia postactividad para limitar el edema residual.
- Termoterapia previa a la terapia manual para favorecer la elasticidad del tejido blando.
- Ultrasonido terapéutico en la región del túnel carpiano para reducir la inflamación perineural.

Tratamiento osteopático – Terapia manual y movilización

- Movilización del escafoides mediante deslizamiento dorsal-volar con el carpo estabilizado.
- Movilización radio-cubital distal mediante deslizamiento dorsal del radio con estabilización del cúbito.
- Liberación miofascial del compartimento extensor del antebrazo.
- Neurodinamia del nervio mediano con ciclos controlados de tensión-relajación.

Ejercicio terapéutico – Rehabilitación activa.

Fase 1 – Movilidad y control del dolor

- Movilización pasiva asistida de muñeca en flexión-extensión, desviación radial y cubital.
- Ejercicios de neurodinamia para el nervio mediano.
- Tres series de 10 repeticiones por ejercicio.

Fase 2 – Fortalecimiento y estabilidad articular

- Flexión y extensión de muñeca con resistencia progresiva.
- Pronación y supinación con resistencia.
- Ejercicios isométricos para fortalecer la musculatura estabilizadora del carpo.
- Tres series de 8-10 repeticiones.

Fase 3 – Propiocepción y reeducación neuromuscular

- Ejercicios con BOSU o disco inestable para estimular la estabilización activa del carpo.
- Ejercicios de pinza y prensión fina con pelotas de goma o plastilina.

Terapias complementarias

- Taping neuromuscular para estabilización del escafoides y reducción de la compresión neural.
- Electroterapia TENS para el control del dolor en las primeras fases del tratamiento.
- Punción seca en puntos gatillo de la musculatura extensora del antebrazo

PRONÓSTICO.

Se prevé una mejoría significativa en el control del dolor y la movilidad en un plazo de 4 a 6 semanas. La recuperación completa de la función articular dependerá del grado de consolidación defectuosa del escafoides y del estado del fibrocartílago triangular.

RECOMENDACIONES.

- Uso de una férula nocturna para disminuir la compresión del nervio mediano durante el descanso.
- Evitar movimientos repetitivos en extensión mantenida de la muñeca.
- Reeducción ergonómica para reducir el riesgo de sobrecarga en la articulación radio-cubital distal.

PRÓXIMOS PASOS.

- Reevaluación en dos semanas para valorar evolución clínica y funcional.
- Considerar resonancia magnética si persiste el dolor en el escafoides para descartar necrosis avascular o consolidación defectuosa avanzada.
- En caso de progresión insuficiente, valorar la derivación a traumatología para una eventual corrección quirúrgica del escafoides o reparación del FCT.

Antequera a 20 de Marzo 2024.

Alfonso Navarro Arredondo.

ATMAN.ARAN BIOMECÁNICA Y OSTEOPATÍA.
Dera Gleisa 2, 25551
Bordes, ES (Valle de Arán, Lérida).
74912686F
N.º Cdo: 2531
atman.aran@gmail.com.



