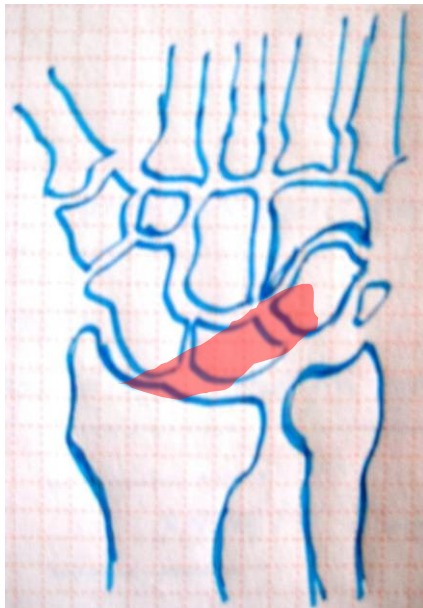


# EL COMPLEJO PIRAMIDAL-GANCHOSO-PISIFORME

Dr. Francisco Colell Mitjans (GBMOIM)

doctormanos00@gmail.com

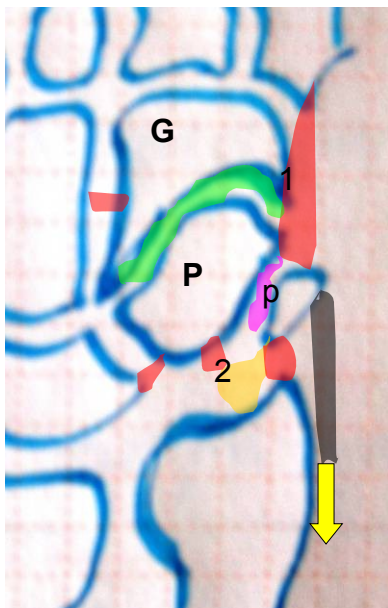


Debemos a las inquietudes y la genialidad del Dr. José María Gil Vicent (presidente del Grup) la explicación anatomofisiológica de uno de los dolores que afectan a la muñeca-mano con una elevada incidencia en la práctica diaria.

De difícil solución práctica, Gil <sup>(2)</sup> consigue sistematizar la exploración y explicar el porqué del éxito de una maniobra específica utilizada por algunos curanderos.

Protocoliza también las maniobras de desimpactación del Piramidal-Ganchoso y la de la disfunción del Pisiforme.

Estabilización dorsal Radio-Piramidal



## Complejo Piramidal-Ganchoso-Pisiforme

**G** = Ganchoso  
**P** = Piramidal  
**p** = Pisiforme

1 = Complejo estabilizador M5-G-P-p-cubital ant.  
2 = Complejo estabilizador p-cúbito-menisco-P

Gris = Tendón del cubital anterior

Fucsia = espacio del “sesamoideo” pisiforme

Verde = Articulación Piramidal-Ganchoso

Piramidal-Ganchoso-Pisiforme

Tras estudiar detenidamente el trabajo del Dr. Gil, se hace muy razonable aceptar, como él propone, que el Piramidal y el Ganchoso pueden sufrir una “impactación”, a guisa de como sucede con la tibia y el astrágalo en el tobillo. Las condiciones biomecánicas y fisiológicas tienen una similitud apreciable en ambos complejos.

La maniobra de desimpactación también acostumbra a producir un crujido característico como sucede cuando se desimpacta el astrágalo.

Considerar al Pisiforme como un “sesamoideo” en este complejo funcional, no es nada descabellado. Y añade similitud con lo que sucede en el tobillo con los que consideran el calcáneo como un sesamoideo del complejo funcional del tobillo (D. Bonneau).

*Se da la circunstancia clínica de que esta afección solo es diagnosticable con la exploración manual; los exámenes y pruebas complementarias son negativos y/o muy poco demostrativos. El tratamiento manual con manipulación acostumbra a ser inmediatamente resolutivo. Característica específica y especial de la mayoría de los síndromes que aborda la Medicina Ortopédica Manual.*

Los casos evolucionados pueden producir lesiones osteocondríticas del Piramidal <sup>(1)</sup>, lo que añade una similitud más a lo que sucede con la impactación astragalina. La difusión amplia de esta entidad, quizás ahorraría muchos gestos quirúrgicos. Permanece la duda de si la intervención quirúrgica exitosa depende de la técnica (forage, condroplastia, etc.) o es debida a la desimpactación física que se produce necesariamente para alcanzar el foco de la lesión.

Desde la perspectiva mecánica-visual, la similitud con lo que sucede en la tibio-astragalina es sorprendente. El complejo piramidal-ganchoso-pisiforme, tal como están dispuestas sus estructuras debe permitir (al esfuerzo en desviación cubital de la muñeca) el deslizamiento de la superficie articular del Piramidal-Ganchoso, y un cierto grado de decoaptación al final del movimiento. Como sucede en el tobillo con el astrágalo. Parece muy razonable que si el Piramidal y el Ganchoso están impactados, el Pisiforme y las estructuras de estabilización que lo envuelven, sean incapaces de soportar-compensar la carga mecánica solicitada. A tenor de la magnitud de las estructuras neurológicas comprometidas que ocupan también este espacio, es como mínimo razonable que el síntoma doloroso pueda ser considerable.

La realidad es que conocíamos el hecho de que manipular la muñeca en los pacientes afectos de este tipo de patología, nos daba buenos resultados algunas veces, como sucedía con las maniobras de algunos curanderos conocidos.

El estudio de Gil nos ha supuesto dirigir específicamente la exploración y sistematizar la maniobra dirigiéndola directamente a la desimpactación del complejo Piramidal-Ganchoso-Pisiforme, obviando las maniobras globales e indiscriminadas. Ello redundará en una mayor calidad-efectividad cuando aparece un paciente portador de esta patología.

Lo hemos podido constatar con franca satisfacción en la consulta del día a día, sobretodo en el terreno deportivo; solucionando de inmediato situaciones que posiblemente hubieran significado un arduo peregrinar en consultas y pruebas complementarias, con algún que otro gesto quirúrgico incluido.

## **Referencias Bibliográficas**

**1- Web de la Sociedad Española de Artroscopia. Caso Clínico. Dolor en la muñeca tras caída. Antonio Ríos Luna y cols. H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid. Servicio de COT. Artículo que se transcribe en su totalidad (sin imágenes) en aras a facilitar su lectura:**

“Paciente mujer de 26 años, diestra, auxiliar administrativo de profesión que acude a nuestra consulta tras haber sufrido una caída casual sobre la mano derecha. Fue vista en Urgencias donde se le diagnosticó de esguince de muñeca y fue inmovilizada con una férula dorsal 2 semanas atrás.

Como antecedentes personales, dicha paciente fue intervenida artroscópicamente debido a una lesión tipo 1 A del CFCT de dicha mano.

Cuando acude a nuestra consulta, le retiramos la inmovilización y apreciamos un dolor selectivo e intenso en la zona correspondiente a la articulación radiocubital distal que aumenta de forma importante con la desviación cubital. La exploración nos parecía compatible con una recidiva de la antigua lesión del CFCT, por lo que la paciente es programada para artroscopia diagnóstica de muñeca.

Bajo anestesia locorregional, con manguito de isquemia y colocada la extremidad en la torre de Whipple con 7 kg de peso de contracción, realizamos la artroscopia de muñeca, usando una óptica de 2.7 mm y 30°. Como portal de la óptica, el tradicional 3-4, y para la instrumentación 6R y 6U. El CFCT se encuentra íntegro y sin signos de lesión. Sí apreciamos una osteocondritis postraumática del hueso piramidal grado III / IV (Video 1).

**Diagnóstico:** Osteocondritis traumática del hueso piramidal.

**Tratamiento:**

Con un sinoviotomo realizamos sinovectomía del tejido circundante a la lesión y del propio defecto; a continuación con una aguja de Kirschner perforamos selectivamente la zona de la osteocondritis a lo Priddie. Una vez retirada la isquemia comprobamos el sangrado abundante de la lesión (Video 2). Dada la normal morfología del cúbito, no realizamos una osteotomía de acortamiento del cúbito.

Tras un seguimiento de 6 meses, la paciente se encuentra asintomática y se ha reincorporado a su actividad laboral sin ningún tipo de restricciones.

**Discusión.**

La lesión del cartílago articular ha sido descrita como una de las causas del dolor de muñeca. Entre las causas se encuentran la inestabilidad ligamentosa, fracturas o artritis inflamatorias e incluso como lesión primaria. Los huesos del carpo más frecuentemente afectados son el escafoides y el hueso ganchoso, siendo mucho más baja su incidencia en el hueso piramidal.

Esta patología pasa inadvertida con frecuencia en los estudios de imagen complementarios incluso para la RMN, por lo que la mejor opción en la mayoría de los casos y ante su sospecha es la realización de una artroscopia de muñeca. .

La artroscopia de muñeca es una técnica diagnóstica y terapéutica útil y con poca morbilidad para tratar lesiones condrales en los huesos del carpo.

Su tratamiento varía en función del grado de lesión condral. En nuestro caso fue suficiente con las perforaciones a lo Priddie intentando que el sangrado subyacente produjera un llenado y relleno del defecto. Otros autores son partidarios de la condroplastia”

**2- Web del GBMOIM. Formación. Manipulación del mes. Técnicas Manuales en el Tratamiento de las Disfunciones de la Muñeca. 2ª Parte. José Mª Gil Vicent.**