CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Artritis basal del pulgar

Artritis en la base del pulgar (la articulación carpometacarpiana).

Kieran Hirpara 4.0

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 se localiza en la base del pulgar, en la parte carnosa cercana a la muñeca. Puede extenderse hacia el antebrazo. Pellizcar y agarrar suelen ser lo que lo provoca, porque esos gestos cargan directamente la articulación desgastada. Girar una llave, abrir un tarro, sostener un bolígrafo o levantar un hervidor comprimen ese mismo punto.

La fuerza de pellizco suele verse afectada antes que la fuerza de agarre en general. Por eso es posible que pueda llevar las bolsas de la compra pero le cueste realizar tareas pequeñas y precisas, como enhebrar una aguja o subir una cremallera. La debilidad y el dolor no siempre coinciden con lo que muestra una radiografía, de modo que algunas personas con poco daño articular sienten mucho dolor, y algunas con articulaciones desgastadas sienten poco.

El dolor suele intensificarse después de usar el pulgar durante un rato, y puede despertarle por la noche o estar presente al despertar. El reposo suele aliviarlo, pero el dolor tiende a reaparecer la próxima vez que pellizca o agarra algo. Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, acuda a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

Con el tiempo, las tareas cotidianas que requieren un pellizco firme se vuelven las más difíciles. Sostener un teléfono, escribir, usar unas tijeras o abrir un grifo pueden resultar torpes o dolorosos.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

En lo más profundo de la base del pulgar hay una pequeña articulación donde el hueso del pulgar se une a un hueso de la muñeca. Funciona como una silla de montar: redondeada por un lado y cóncava por el otro, de modo que el pulgar puede desplazarse, girar y presionar contra las yemas de los dedos. Esa libertad es lo que le permite pellizcar, agarrar y girar, pero también significa que la articulación soporta mucha fuerza cada vez que usa la mano.

En esta afección, la superficie lisa y deslizante del interior de esa articulación se desgasta. Sin ella, el hueso roza contra el hueso, y la articulación se inflama y se hincha. El revestimiento que la rodea se vuelve doloroso, y por eso la base del pulgar está sensible y puede tener calambres en la parte carnosa situada por debajo del pulgar. Como la articulación desgastada ya no mantiene el hueso del pulgar en su sitio, el hueso puede desalinearse y formar un bulto visible donde el pulgar se une a la muñeca.

El desgaste suele avanzar lentamente a lo largo de los años. Es más frecuente en las mujeres después de la menopausia, y a menudo afecta a ambos pulgares. A medida que progresa, la articulación situada por encima de la base del pulgar, donde el pulgar se dobla, también puede aflojarse. Esa laxitud puede hacer que el pulgar se hunda o se doble hacia un lado al pellizcar, lo que aumenta la debilidad que nota.

El dolor, la debilidad y la torpeza que siente son consecuencia de este desgaste. Pellizcar y agarrar comprimen entre sí las superficies desgastadas, por lo que esos son los movimientos que más duelen.

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 que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su cita, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y solicitamos estudios de imagen si son necesarios para confirmar el diagnóstico.

El primer paso es el cuidado que puede hacer usted mismo. Cambiar la forma en que utiliza la mano, reducir las tareas que cargan la base del pulgar y llevar una férula que sostenga la articulación pueden aliviar los síntomas. La terapia de la mano tiene como objetivo fortalecer los músculos que sostienen y estabilizan el pulgar, lo que reduce la carga sobre las superficies desgastadas. Estas medidas funcionan bien en las primeras etapas, y normalmente les damos una oportunidad razonable antes de hablar de cualquier otra opción.

Si el autocuidado no es suficiente, los analgésicos y los antiinflamatorios pueden ayudarle a seguir usando la mano. Una inyección de cortisona en la articulación puede calmar un episodio de dolor a corto plazo, aunque el alivio no suele durar. También puede ayudar a confirmar que la base del pulgar es el verdadero origen de su dolor.

La cirugía entra en la conversación cuando el tratamiento no quirúrgico no le ha aportado suficiente mejoría, o cuando sus síntomas le impiden trabajar o usar la mano. Ofrecemos el reemplazo de la articulación de la base

del pulgar, en el que se sustituyen las superficies desgastadas para aliviar el dolor y mantener el movimiento del pulgar. Algunos cirujanos utilizan otra operación llamada trapeciectomía, que extirpa el pequeño hueso de la muñeca en lugar de reemplazarlo. Le explicaremos lo que significa cada opción para su mano y decidiremos juntos cuál le conviene.

Qué esperar

Sin tratamiento, la artritis de la base del pulgar suele avanzar lentamente a lo largo de los años, en lugar de aparecer de golpe. El dolor suele aparecer y desaparecer: se intensifica después de usar el pulgar, mejora con el reposo y vuelve la próxima vez que pellizca o agarra algo. Si no se trata, la debilidad y la torpeza en las tareas cotidianas suelen aumentar, porque la articulación desgastada sigue soportando la misma carga todos los días.

La mayoría de las personas que la controlan bien obtienen un alivio real. Reducir las tareas que cargan la base del pulgar, llevar una férula y la terapia de la mano alivian los síntomas en muchas personas, sobre todo en las primeras etapas. Una inyección puede calmar un episodio de dolor a corto plazo, aunque el alivio no suele durar. Si esos pasos no son suficientes, la cirugía tiene como objetivo eliminar el dolor y mantener el movimiento del pulgar. La recuperación de la cirugía de la base del pulgar lleva tiempo: necesitará tomarse una baja laboral, más larga si su trabajo exige un uso intenso de las manos, y pasará algunas semanas con la mano en reposo mientras cicatriza. La terapia de la mano posterior, con Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, le orientará sobre cuándo y cuánto peso levantar a medida que el pulgar vuelve a trabajar.

La cirugía no garantiza un pulgar sin dolor. La mayoría de las personas tienen mucho menos dolor y un mejor uso de la mano, pero pueden persistir algunos síntomas. Un pequeño número de personas necesitan otra operación más adelante, ya sea porque la articulación vuelve a desgastarse o porque un implante da problemas. Si esto ocurre, una segunda operación todavía puede ayudar: la mayoría de las personas que se someten a una dicen que su pulgar está mejor que antes de la primera cirugía, aunque el resultado no suele ser tan bueno como el de una primera operación. Evitar cargar el pulgar con pesos elevados después de la cirugía ayuda a que la reparación dure.

Si la mano se pone caliente, roja, hinchada y dolorida, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día. No necesita una derivación de su médico de cabecera.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista si el dolor en la base del pulgar no mejora, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar la mano. Consulte antes si pellizcar y agarrar se han vuelto débiles o poco fiables, o si girar llaves y abrir tarros le resulta cada vez más difícil a pesar del reposo y de la férula.

Algunas señales de alarma requieren atención el mismo día. Acuda a un servicio de urgencias si la mano se pone caliente, roja, hinchada y dolorida, sobre todo si tiene fiebre. Puede tratarse de una infección, y necesita tratamiento de inmediato. No necesita una derivación de su médico de cabecera.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Acuda también a un servicio de urgencias si los dedos o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento de la mano después de una lesión.

Si no puede contactar con la clínica, fuera del horario de atención o en fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

En profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La artritis de la base del pulgar merece una lectura adicional, pues es la afección de la extremidad superior en la que mayor es la discrepancia entre lo que se ofrece inicialmente a los pacientes y lo que respaldan las evidencias científicas; además, a pesar de décadas de investigación, las distintas opciones quirúrgicas aún no se han diferenciado claramente entre sí.

LA EVIDENCIA NO QUIRÚRGICA SUPERA A LO QUE SE SUELE CREER

Las férulas y la terapia de la mano suelen presentarse como opciones a utilizar mientras se espera la cirugía. Una revisión sistemática y metaanálisis de red realizado en **1,962** pacientes aporta más fundamentos a este enfoque: el **tratamiento multimodal y los ejercicios de mano** redujeron el dolor a corto plazo y mejoraron la fuerza de prensión; por su parte, una **férula rígida para las articulaciones CMC-MCP**, que inmoviliza tanto la articulación superior como la base del pulgar, mejoró los resultados a mediano plazo [1].

Hay dos detalles importantes. La férula eficaz inmoviliza ambas articulaciones; no se trata de la funda de neopreno blanda que suelen recibir la mayoría de los pacientes. Además, los ejercicios mejoraron la *fuerza de prensión*, no solo el confort; dado que el deterioro de esta articulación es de naturaleza mecánica, fortalecer los músculos que la comprimen y estabilizan constituye un tratamiento dirigido al mecanismo patológico.

UNA INYECCIÓN APORTA SEMANAS, NO MESES

La inyección de corticoides es el siguiente paso habitual. En un estudio que incluyó a **673** pacientes, la inyección intraarticular de corticoides generó **mejoría a corto plazo**, pero **no hubo diferencia significativa** en cuanto al dolor ni en los resultados funcionales en el seguimiento posterior [2].

Esto merece ser expresado de forma clara: una inyección sirve para superar un período determinado –un viaje, un plazo límite, una época de mucho trabajo– o para confirmar que la articulación es la fuente del dolor. No se trata de un tratamiento capaz de modificar el curso natural de la enfermedad; además, las inyecciones repetidas en busca de un efecto duradero no están respaldadas por la evidencia científica.

NINGUNA INTERVENCIÓN SE DESTACA COMO SUPERIOR

Una vez que se decide optar por la cirugía, existen varias opciones viables; lo sorprendente es lo similares que resultan sus resultados.

La **artrodesis**, es decir, la fusión de la articulación, produce buenos resultados funcionales, con niveles de dolor e incapacidad bajos a moderados; sin embargo, conlleva una tasa de no unión considerable de [3]. Esta técnica

prioriza la durabilidad sobre la movilidad, por lo que resulta adecuada para personas que realizan trabajos manuales intensivos, pero no para pianistas.

La **artroplastia trapeciometacarpiana de doble movilidad**, que consiste en reemplazar la articulación, ha demostrado mejoras en la fuerza, el rango de movimiento, el dolor, la función y la satisfacción de **1,421** pacientes; la tasa de complicaciones fue del **13%** y el riesgo de dislocación, del **0.6%** [4]. Estos valores son aceptables; sin embargo, son precisamente lo que impide que este tipo de prótesis sea la opción predeterminada: un 13% de complicaciones no es un número insignificante, y el seguimiento clínico descrito en la literatura es breve en comparación con la vida útil que debe tener un pulgar.

En resumen, la elección depende de las exigencias que deba soportar la mano y de qué tipo de fallo se prefiere asumir: una articulación inmóvil, o una prótesis que quizás requiera intervenciones posteriores.

¿POR QUÉ LA PRIMERA ARTICULACIÓN QUE SE DETERIORA SUELE SER LA DEL PULGAR?

La articulación trapecometacarpiana es una articulación en silla de montar diseñada para soportar una combinación poco común de movilidad y carga. Cada vez que realizamos un pellizco, la fuerza que actúa sobre la base del pulgar es muchas veces mayor que la fuerza que actúa en la punta del dedo, debido al brazo de palanca. Ese es el precio de la oponibilidad: la articulación que hace que la mano humana sea útil soporta una carga mayor y con mayor frecuencia que cualquier otra articulación pequeña del cuerpo. Por eso se desgasta primero, y por eso fortalecer los elementos que la sostienen no es una medida insignificante.

REFERENCIAS

[1] Thakker A, Ramchandani JP, Divall P, Sutton A, Johnson N, Dias J. ¿Cuáles son las intervenciones no quirúrgicas más eficaces clínicamente para la artrosis carpometacarpiana del pulgar? Una revisión sistemática y metaanálisis de red. Clin Orthop Relat Res. 2024;483(4):719-36. https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000003300

[2] Krez AN, Wu KA, Klifto KM, Pidgeon TS, Klifto CS, Ruch DS. Eficacia de la inyección intraarticular de corticoides en el tratamiento no quirúrgico de la artrosis carpometacarpiana del pulgar: una revisión sistemática. J Hand Surg Am. 2024;49(6):511-25. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.02.001

[3] Dharamsi MS, Caudle K, Fares A, Dunn J. Artrodesis para la artritis de la articulación carpometacarpiana: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2022;18(8):1284-90. https://doi.org/10.1177/15589447221105541

[4] Maling L, Rooney A. Resultados de las artroplastias trapeziometacarpianas de doble movilidad: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2024;50(5):587-95. https://doi.org/10.1177/17531934241292249

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au