

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, donde este se une a la muñeca. Puede extenderse hacia el antebrazo. Las actividades que implican pellizcar o agarrar son las que más duelen: girar una llave, abrir un tarro, sostener un bolígrafo o levantar una tetera. Estos movimientos hacen que las superficies articulares desgastadas se compriman entre sí.

La articulación también puede sentirse débil o inestable. La fuerza de agarre disminuye, sobre todo la fuerza de pellizco, es decir, la presión entre el pulgar y las yemas de los dedos. Las tareas que requieren un pellizco firme, como sujetar naipes o subir una cremallera, se vuelven más difíciles. Con el avance de la enfermedad, algunas personas notan que la base del pulgar adquiere un aspecto óseo o queda desalineada.

El dolor suele intensificarse tras usar mucho el pulgar. También puede manifestarse por la noche o al despertar. El descanso suele aliviarlo, pero el dolor tiende a reaparecer con las mismas actividades.

El grado de dolor que siente no siempre coincide con lo que muestran las radiografías. Hay personas con mucho desgaste articular que apenas sienten dolor, y otras con un desgaste leve que padecen mucho. Por eso, sus síntomas son tan importantes como los resultados de las pruebas de imagen a la hora de planificar el tratamiento.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La base de su pulgar descansa sobre un pequeño hueso de la muñeca llamado trapecio. La articulación entre ambos es de tipo “silla de montar”, lo que permite que el pulgar se balancee, gire y presione contra las yemas de

los dedos. Esta libertad de movimiento tiene un precio: toda la fuerza generada al pellizcar se concentra en esa única y pequeña articulación cada vez que usted agarra algo.

Normalmente, las superficies articulares están cubiertas por cartílago liso, que actúa como una fina almohadilla que facilita el deslizamiento de los dos huesos. Los ligamentos mantienen los huesos alineados. En esta afección, el cartílago se desgasta y los ligamentos se aflojan, de modo que el hueso del pulgar se sale de su cavidad al pellizcar. Este desplazamiento concentra toda la carga en pequeñas zonas de la articulación, acelerando aún más el desgaste del cartílago. El resultado es dolor, hinchazón y, con el tiempo, la aparición de un bulto óseo en la base del pulgar, donde el hueso se ha desplazado.

Cierto grado de desgaste en esta articulación es parte normal del envejecimiento; muchas personas nunca lo perciben. Cuando sí genera problemas, no se debe simplemente al uso excesivo. La forma en que la articulación se mueve bajo carga impulsa el proceso degenerativo. El pulgar realiza aproximadamente el 40 % del trabajo de la mano; por eso, cuando su articulación principal se desgasta, las acciones de pellizcar y agarrar se ven afectadas primero. Por eso, girar llaves, abrir frascos y sostener un bolígrafo –temas tratados en la sección anterior– son movimientos que provocan dolor.

Esta afección suele evolucionar en etapas. En la fase inicial, la articulación está inflamada y sensible, pero aún en su posición correcta. Posteriormente, el hueso del pulgar se desplaza de su alineación y la articulación se vuelve rígida e inestable. No todas las personas avanzan por estas etapas al mismo ritmo; por ello, el tratamiento se adapta al estado actual de su pulgar y no únicamente a los resultados de la radiografía.

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 primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su pulgar y solicitamos estudios de imagen cuando resultan necesarios. Dado que se trata de un problema crónico de desgaste, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico.

El primer paso consiste en modificar la forma en que utiliza el pulgar, acompañado de fisioterapia o terapia de la mano. El objetivo de esta terapia es aliviar el dolor y fortalecer el pulgar para que pueda realizar movimientos de pellizco y agarre con estabilidad. Una férula u ortesis sirve para sostener la articulación y permitirle descansar mientras realiza sus actividades diarias. Le pedimos que le dé una oportunidad razonable a este tratamiento antes de considerar cualquier otra opción. La mayoría de las personas que siguen la terapia de la mano con férula no necesitan cirugía posteriormente, aunque algunas sí la requieren.

Los analgésicos pueden ayudarle a mantenerse activo. Los analgésicos simples controlan los episodios de dolor agudo, mientras que los antiinflamatorios reducen la inflamación articular. Estos medicamentos se utilizan en combinación, no en sustitución, de la férula y la terapia mencionadas.

La cirugía se considera cuando estas medidas no le brindan suficiente alivio y el dolor sigue limitando sus actividades. La intervención más habitual consiste en extirpar el hueso desgastado situado en la base del pulgar,

el trapecio, y utilizar tejido cercano para rellenar el espacio y dar soporte al pulgar. Otras opciones incluyen inmovilizar la articulación o reemplazarla por una prótesis. Elegimos el procedimiento en función de sus síntomas, el examen físico y los resultados de las pruebas de imagen; juntos decidiremos cuál es la mejor opción para usted.

Qué esperar

Se trata de una condición crónica causada por el desgaste, por lo que no desaparece en unas pocas semanas. El dolor suele aparecer y desaparecer. Se intensifica después de usar mucho el pulgar; luego mejora con el reposo, pero vuelve al retomar las mismas actividades. Con el tiempo, estos episodios pueden volverse más frecuentes y la articulación puede endurecerse.

Si se maneja adecuadamente, la mayoría de las personas logran un buen alivio del dolor. La terapia ocupacional con el uso de férulas ayuda a muchas personas a controlar el dolor; la mayoría de quienes lo intentan no necesitan someterse a cirugía. En caso de que sí se requiera operación, el alivio del dolor suele ser notable, y mejora la movilidad y la fuerza del pulgar. No obstante, algunas personas siguen experimentando un leve dolor o notan una disminución en la fuerza de pinza respecto a antes.

Si no se trata, la condición suele progresar: el hueso del pulgar se desplaza aún más de su posición normal, la fuerza de pinza y de agarre disminuyen, y el bulto óseo en la base del pulgar se vuelve más evidente. Aun así, muchas personas logran convivir con la afección durante años mediante el uso de férulas y analgésicos simples antes de considerar la cirugía.

La recuperación tras la operación dura meses, no semanas. Será necesaria terapia ocupacional para recuperar la fuerza, y deberá evitar sobrecargar el pulgar durante un tiempo. El período de baja laboral tras la cirugía se mide en meses, no en días; por ello, planifique una vuelta gradual al trabajo y a sus actividades cotidianas. También es importante proteger el pulgar: tras un reemplazo articular, se le pedirá no levantar objetos de más de 2 libras de forma habitual, y en ningún caso más de 10 libras, para garantizar la durabilidad de la nueva articulación.

La mayoría de las personas quedan satisfechas con el resultado. En caso de que fuera necesaria una segunda cirugía, la mayoría sigue refiriendo que su pulgar está en mejor estado que antes de la primera operación; aunque el segundo procedimiento suele arrojar resultados ligeramente inferiores al primero.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si el dolor en el pulgar persiste después del reposo, o si la capacidad de pellizcar y agarrar sigue siendo débil a pesar del uso de una férula y la terapia de la mano. Solicite una evaluación especializada si la base del pulgar parece ósea o desalineada, o si al pellizcar siente que la articulación se “desliza” fuera de su posición. Estos signos indican que el desgaste articular ha avanzado y que el hueso del pulgar se está desplazando de su cavidad. También debe buscar atención médica si el dolor o la debilidad le impiden desempeñar su trabajo o cuidar de su hogar, o si el dolor nocturno le impide dormir. Las radiografías pueden ayudar a confirmar el diagnóstico, aunque el grado de dolor no siempre coincide con lo que muestra el estudio de imagen.

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>