

Reemplazo de la articulación interfalángica (MCPJ)

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por proponer 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 consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen. Esto nos permite conocer el estado real de la articulación.

Esta operación consiste en sustituir la articulación interfalángica —la articulación donde el dedo o el pulgar se unen a la mano— por un implante artificial. Por lo general, se indica cuando la superficie articular está muy deteriorada por la artritis y otros tratamientos no han logrado aliviar los síntomas. En casos de desgaste crónico, primero intentamos tratamientos no quirúrgicos: modificación de actividades, fisioterapia o terapia de la mano, y uso de férulas. La cirugía se considera únicamente cuando estas medidas no han sido suficientes. El objetivo es aliviar el dolor, mejorar la función de la mano y proteger las articulaciones adyacentes. En algunos pacientes, también ayuda a restaurar la estabilidad de una articulación que se ha vuelto inestable o deformada.

Antes de la operación

En las semanas previas a la cirugía, confirmamos el plan terapéutico mediante nuevas imágenes de su mano, como radiografías, resonancias magnéticas o ecografías. Estas imágenes nos permiten observar el estado de la articulación dañada y elegir el implante adecuado. Recibirá instrucciones claras sobre el ayuno: no debe ingerir alimentos durante siete horas antes de la operación. Pedimos que se respeten esas siete horas en lugar de un tiempo menor para que, si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto, pueda realizarse la intervención sin demora. Algunos medicamentos deben suspenderse antes de la cirugía; su cirujano le indicará cuáles y cuándo hacerlo. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una evaluación con el anestesista. El día de la operación, lleve una lista de los medicamentos que toma actualmente, organice el transporte a casa y vístase con ropa cómoda y de mangas anchas.

El día de la intervención

Llega usted a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registra y se le prepara para el quirófano. Conoce al anestesta, el médico encargado de administrar la anestesia y controlar el dolor durante la cirugía. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día. A continuación, se le lleva al quirófano, donde se lleva a cabo la intervención.

Una vez finalizada la operación, despierta usted en la sala de recuperación. Las enfermeras le vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Cuando su estado se estabiliza, según el tipo de procedimiento y cómo evolucione su recuperación, se le traslada a una sala de hospitalización o se le permite volver a casa el mismo día.

¿En qué consiste la operación?

El cirujano realiza una pequeña incisión en la parte posterior de la articulación para acceder a las superficies articulares dañadas. Se eliminan y se moldean los extremos óseos dañados para dejar espacio al implante. Este implante es un espaciador flexible que se coloca entre los dos huesos, permitiendo nuevamente el movimiento de la articulación y aliviando el dolor. El objetivo es reducir el dolor, mejorar la movilidad y proteger las articulaciones adyacentes.

Existen distintos tipos de implantes, adecuados para diferentes articulaciones y problemas. En algunos pacientes se utiliza un espaciador de silicona blanda; en otros, especialmente cuando los ligamentos circundantes son fuertes y los dedos vecinos brindan soporte, se elige un implante más rígido con forma similar a la superficie natural de la articulación. El cirujano seleccionará el implante que mejor se adapte a su articulación y a su condición clínica.

Una vez colocado el implante, el cirujano verifica que el dedo quede alineado y se mueva con suavidad, además de equilibrar los tejidos blandos alrededor de la articulación para garantizar su estabilidad. Posteriormente, se cierran los bordes de la incisión con puntos de sutura y se cubre con un apósito. Este apósito se mantiene durante unos 10 días, tal como se explica en la sección “Después de la operación”.

En algunos casos de articulaciones metacarpofalángicas del pulgar, una alternativa al implante es la fusión ósea: se unen los huesos para eliminar la articulación dolorosa, aunque esto impide que esa parte del pulgar se doble. Antes de que firme el formulario de consentimiento, el cirujano le explicará cuál de estas opciones es la más adecuada para su caso.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán de cerca mientras el efecto de la anestesia desaparece. Su mano estará cubierta con un vendaje grueso, y le administraremos analgésicos para que se sienta cómodo. Durante las primeras 24 horas después de llegar a casa, debería haber alguien con usted. Puede moverse con normalidad, pero vaya con calma y mantenga la mano elevada sobre un cojín cuando esté sentado. Su equipo le informará si podrá irse a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el

hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando vengamos a verlo.

Recuperación

Durante los primeros días, su mano estará adolorida e hinchada; los nudillos podrán sentirse rígidos y sensibles. Mantener la mano elevada sobre una almohada ayuda a reducir la hinchazón, y los analgésicos que le administramos le brindarán comodidad. El malestar disminuirá gradualmente a medida que la articulación cicatriza.

Al principio, su mano llevará un vendaje grueso, el cual permanecerá puesto durante unos 10 días. Cuando venga a consulta, lo cambiaremos o lo retiraremos para revisar la piel en proceso de curación. La rehabilitación posterior a esta cirugía consiste en terapia de mano con Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ella le guiará en los ejercicios y, si es necesario, le confeccionará una férula. Estos ejercicios protegen la nueva articulación mientras su dedo o pulgar recuperan la movilidad; además, le enseñarán cómo utilizar la mano en las actividades cotidianas sin sobrecargarla.

A medida que la hinchazón disminuye, doblar y estirar la mano suele resultar más fácil. Una vez que pueda agarrar y pellizcar sin dolor, las tareas diarias como vestirse, comer y escribir le parecerán más naturales. Muchas personas observan que el principal beneficio es el alivio del dolor previo a la cirugía, además de una mejor funcionalidad de la mano en la vida diaria.

No debe conducir mientras su mano lleve férula o mientras esté tomando analgésicos fuertes; además, debe ser capaz de sujetar el volante con ambas manos y reaccionar en caso de una frenada de emergencia. Nuestra guía independiente sobre la conducción tras una cirugía de miembro superior explica cuándo es seguro volver a conducir.

La recuperación varía según cada persona, por lo que su cronograma podría ser distinto. En cada control, tanto nosotros como su terapeuta de mano le brindaremos orientación.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

Las infecciones son poco frecuentes tras este tipo de prótesis articular. Preste atención a la piel alrededor de la herida. Si nota enrojecimiento que se extiende desde la zona quirúrgica, calor, secreción o un dolor profundo y palpitante que no cede con analgésicos comunes, comuníquese con la clínica de inmediato. Si presenta fiebre o malestar general, acuda a urgencias.

En algunas ocasiones, la nueva articulación puede salirse de su posición; esto se denomina dislocación. Podría percibir un cambio brusco en la posición de la articulación, con el dedo o pulgar en un ángulo anómalo y sin capacidad de moverse normalmente. En tal caso, llame a la clínica sin demora.

Con el tiempo, la prótesis puede desgastarse, aflojarse, agrietarse o doblarse. Entre los signos se incluyen el regreso del dolor que antes había desaparecido, nuevos chasquidos o crujidos, o que el dedo se desvíe de su posición habitual. Comente estos cambios en su próxima revisión; si aparecen repentinamente, llame antes.

También es posible que los huesos circundantes a la prótesis se fracturen durante la intervención. Su cirujano verifica esto antes de que abandone el quirófano; por lo general, la fractura se soluciona con un período más corto de inmovilización mediante férula.

Si surge algún problema, a veces es necesaria una cirugía adicional para corregirlo. Esto podría implicar volver a colocar la prótesis o, si el reemplazo no es viable, unir los huesos de esa articulación para que se fusionen en una sola pieza. Esta segunda opción elimina el dolor pero impide el movimiento articular. Su cirujano le explicará cuál alternativa conviene a su caso si llega a ser necesario.

Algunas personas notan rigidez o debilidad persistente en el dedo o pulgar tras la cirugía. La terapia de mano resulta útil en estos casos; por ello, mencione el tema en sus citas de seguimiento en lugar de esperar.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas habituales; si desea conocer los datos específicos, puede consultarla.

¿Cuándo deben contactarnos?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras semanas, por lo que es útil saber qué señales hay que vigilar. Llámenos si observan que el enrojecimiento se extiende desde la herida, si hay secreción, fiebre o un dolor que empeora progresivamente. Acudan a urgencias si tienen fiebre y se sienten mal, o si la pantorrilla se hincha y está sensible al tacto. La dificultad repentina para respirar también requiere atención de urgencia. Llámenos de inmediato si el dedo o el pulgar se desplazan de repente de su posición, quedan en un ángulo extraño o no pueden moverlos. La entumecimiento o hormigueo que no desaparece también requiere una evaluación rápida. Si tienen dudas, llámenos.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La artroplastia de las articulaciones interfalángicas merece una lectura más detallada debido a un dato curioso: el implante más utilizado en la actualidad es, básicamente, el diseño introducido en la década de 1960, y ha resistido el paso del tiempo mejor que cualquier otro material creado para sustituirlo. Comprender el motivo explica cuál es, en realidad, el propósito de esta intervención.

EL SILICÓN NO SE HA DESPLAZADO

Una revisión publicada en 2026 sobre la artroplastia de la articulación metacarpofalángica en pacientes con artritis reumatoide concluye que esta intervención sigue desempeñando un papel fundamental en el tratamiento de la mano reumatoide, y que **pese a los avances en la tecnología de implantes, la artroplastia con silicón flexible proporciona una mejora funcional y estética fiable** en pacientes debidamente seleccionados [1].

Sesenta años de avances en ciencia de materiales han dado lugar a alternativas como implantes de metal-plástico y pirocarbono; sin embargo, el espaciador de silicón sigue siendo el estándar de referencia. Esto resulta inusual en el ámbito de las prótesis articulares, donde los implantes de cadera y rodilla han sido continuamente mejorados durante el mismo período.

La razón es que este implante no cumple la función que su nombre sugiere: no recubre la articulación para restaurar su superficie de deslizamiento. Se trata, más bien, de un espaciador flexible que mantiene un espacio entre los huesos y actúa como una férula interna mientras el tejido cicatricial se forma a su alrededor, creando una nueva cápsula articular. El resultado final se debe al proceso de curación, no al propio dispositivo; por eso, la mejora de la superficie de contacto nunca se ha traducido en mejores resultados clínicos.

RESUMEN HONESTO DE LOS RESULTADOS

Un análisis sobre la artroplastia con implantes en las articulaciones de los dedos y el pulgar lo resume bien: dicha artroplastia **produce de manera predecible alivio del dolor y un alto nivel de satisfacción**, pero **históricamente ha presentado tasas elevadas de complicaciones**; si bien los materiales metálico-plásticos y el pirocarbono han evolucionado, **las tasas de supervivencia del implante y de reoperación siguen siendo motivo de preocupación** [2].

Ambos aspectos son importantes. Los pacientes suelen quedar satisfechos con estas intervenciones: el dolor desaparece, la apariencia mejora, la mano funciona mejor en las actividades cotidianas; sin embargo, los implantes tienen una vida útil limitada y una tasa real de reoperaciones. La satisfacción y la durabilidad son cuestiones distintas, y en este caso la intervención obtiene mejores resultados en cuanto a satisfacción.

EN CUANTO A LA OSTEOARTRITIS, LA EVIDENCIA ES ESCASA

La mayor parte de la literatura se centra en la artritis reumatoide, ya que en este caso la deformidad que se corrige es más pronunciada. En el caso de la **osteoartritis**, la situación es menos clara: la evidencia disponible se compone de cohortes retrospectivas con tamaños de muestra reducidos y un seguimiento relativamente breve [3].

Cabe destacar que, cuando los autores manifiestan una preferencia por el pirocarbono frente al silicona en pacientes con osteoartritis, lo hacen basándose en el **potencial** de mejorar la estabilidad y la alineación; los datos al respecto se describen como preliminares [3]. Se trata de una postura razonable, pero debe entenderse como una deducción basada en el mecanismo de acción y no en una superioridad demostrada empíricamente.

LA DURABILIDAD SE ESTÁ CONVIRTIENDO EN UN PROBLEMA CADA VEZ MÁS IMPORTANTE

Una preocupación planteada hace casi dos décadas ha ido en aumento en lugar de resolverse: la durabilidad de los implantes cobra mayor importancia a medida que aumenta la esperanza de vida y que estas cirugías se realizan en pacientes más jóvenes y activos, quienes someterán a los implantes a cargas durante periodos más prolongados [4]. Un implante que ofrece un rendimiento aceptable durante diez años es una cosa a los 75 años, pero otra muy distinta a los 55.

En la práctica, esto es motivo para tener claro qué se espera lograr con la cirugía. Para el alivio del dolor, la corrección de deformidades y la mejora de la función en manos sometidas a un esfuerzo mecánico moderado, se

trata de una intervención ampliamente respaldada y con un historial demostrado. No obstante, como reconstrucción duradera destinada a un uso intensivo durante décadas, no lo es.

REFERENCIAS

- [1] Herren DB. Equilibrio en la artroplastia de la articulación metacarpofalángica en la artritis reumatoide. J Hand Surg Eur Vol. 2026;51(6):778-84. <https://doi.org/10.1177/17531934261430139>
- [2] Srnec JJ, Wagner ER, Rizzo M. Artroplastia con implantes para la degeneración de las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y trapeciometacarpianas. J Hand Surg Am. 2017;42(10):817-25. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.030>
- [3] Martin AS, Awan HM. Artroplastia metacarpofalángica para la artrosis. J Hand Surg Am. 2015;40(9):1871-2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.05.019>
- [4] Goldfarb CA, Dovan TT. Artritis reumatoide: indicaciones, técnica y resultados de la artroplastia metacarpofalángica con silicona. Hand Clin. 2006;22(2):177-82. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2006.02.001>