

Artritis de la articulación interfalángica proximal



Una mano afectada por artritis: se observa hinchazón y deformidad en las articulaciones de los dedos.

PhilipPirrip / Wikimedia Commons, CC BY 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 articulación central del dedo, aquella por la que el dedo se dobla. Suele intensificarse después de usar la mano, y al despertar el dedo puede sentirse rígido. Es frecuente que haya hinchazón alrededor de la articulación, y esta puede persistir durante mucho tiempo. Muchas personas notan que la articulación se siente rígida y no se dobla con la misma fluidez que antes.

Las tareas cotidianas que requieren doblar los dedos se vuelven más difíciles: abrocharse la ropa, agarrar una tetera, girar una llave o sostener un bolígrafo pueden resultar incómodas. Algunas personas desarrollan una deformidad en la articulación que no logran enderezar por completo. Si en el pasado su dedo sufrió una dislocación o lesión sin tratamiento, es posible que la articulación quede fuera de su posición normal y permanezca así.

Cabe destacar que el grado de artritis visible en una radiografía no coincide necesariamente con la intensidad del dolor que usted siente. Hay personas con mucha degeneración articular según la radiografía que presentan pocos síntomas, y otras con pocos cambios visibles que sí sienten mucho dolor. En la fase inicial de esta artritis, hay inflamación en la articulación; muchas personas mejoran una vez que esta inflamación desaparece, incluso en etapas más avanzadas.

Si además padece de dedo en gatillo, el dolor articular podría no desaparecer por completo tras la cirugía del vaina tendinosa. Es posible que persista cierta sensibilidad en esa articulación hasta por 3 meses después de dicha intervención.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La articulación media de su dedo funciona como una simple bisagra: se dobla y se estira en una sola dirección, tal como una puerta sobre sus bisagras. Los extremos de los huesos del dedo que se unen allí tienen formas que encajan perfectamente, lo que mantiene la articulación estable cuando el dedo está recto. Cuando el dedo se dobla, las estructuras flexibles que rodean la articulación asumen el papel de mantener todo en su lugar.

Recubriendo esos extremos óseos hay una capa de cartílago lisa y resbaladiza; puede considerarse el amortiguador y el sello de la articulación al mismo tiempo. En la artritis degenerativa, dicha capa se vuelve más delgada y se deteriora. Se forma hueso nuevo en los bordes de la articulación y el tejido que la rodea se engrosa. En consecuencia, la articulación pierde su superficie deslizante, motivo por el cual el movimiento resulta áspero, rígido y doloroso.

Las estructuras que rodean la articulación también pueden tensarse y acortarse. La hinchazón dentro de la articulación, seguida de largos períodos de inmovilidad, desencadena un ciclo en el que los tejidos se adhieren entre sí y pierden elasticidad. Por eso, un dedo doblado puede acabar en una contractura fija que no se puede enderezar, ni siquiera con la ayuda de la otra mano.

En algunas personas se desarrolla un patrón específico conocido como deformidad en “botón de rosa”. El tendón encargado de estirar la articulación media se debilita y se desplaza, de modo que la articulación media se dobla hacia abajo mientras la punta del dedo se dobla excesivamente hacia atrás. En las fases iniciales, aún es posible enderezar el dedo de forma pasiva y la funcionalidad apenas se ve afectada; con el avance de la enfermedad, esa posición doblada se vuelve fija.

Si la articulación sufrió alguna lesión previamente, como una dislocación sin tratamiento, esas mismas estructuras pueden cicatrizar en una posición acortada. Una articulación que ha permanecido fuera de su posición normal durante 4 semanas o más normalmente no puede volver a su sitio simplemente empujándola, pues los tejidos se han tensado alrededor de la nueva posición.

Por todo ello, la articulación media es especialmente vulnerable: tiende a presentar rigidez y deformidad duraderas tras una lesión o cirugía, y mantenerla en movimiento constituye un verdadero desafío.

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 consultarnos, 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 dedo y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen como una radiografía. Dado que se trata de un problema crónico de desgaste, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos y consideramos la cirugía únicamente cuando estos no logran mejorías suficientes.

El primer paso suele consistir en cambios sencillos que usted mismo puede implementar. Modificar la forma en que agarra y utiliza la mano puede aliviar los brotes de dolor, y mantener el movimiento suave de la articulación ayuda a evitar que se vuelva más rígida. La fisioterapia o terapia de la mano busca mantener la flexión y extensión de la articulación, proteger las estructuras circundantes y frenar el ciclo de inflamación y acortamiento que conduce a una posición fija y doblada del dedo. Por lo general, damos a este enfoque una oportunidad razonable de al menos 3 meses antes de considerar cualquier otra medida.

El alivio del dolor y los medicamentos antiinflamatorios, tomados según las indicaciones de su médico de cabecera, pueden ayudarle a seguir utilizando la mano durante los episodios de dolor. El uso de férulas también puede mantener el dedo en una posición óptima mientras la articulación se recupera. No empleamos inyecciones para esta articulación, por lo que pasamos a la cirugía cuando las medidas más sencillas no han sido suficientes.

La cirugía se plantea cuando el dolor le impide usar el dedo tras al menos 3 meses de tratamiento no quirúrgico, y la radiografía confirma la presencia de artritis por desgaste. Existen dos opciones principales: una es el reemplazo articular (artroplastia), en la que las superficies desgastadas se sustituyen por un implante para aliviar el dolor manteniendo cierta flexibilidad; la otra es la fusión articular (artrodesis), que fija la articulación de forma permanente en posición recta, eliminando el dolor pero sacrificando la capacidad de flexión. La opción más adecuada depende del dedo afectado, de la estabilidad de la articulación y sus tendones, y del grado de flexión que usted desee conservar. Por ejemplo, una fusión puede ser conveniente para un lado de la mano mientras que el reemplazo lo sea para el otro; además, el reemplazo requiere tendones intactos y cierto grado de estabilidad articular. Discutiremos ambas opciones con usted para decidir juntos cuál es la mejor.

Qué esperar

Esta artritis es de larga duración. Por lo general, no desaparece por sí sola; la rigidez tiende a desarrollarse lentamente a lo largo de meses o años, no en cuestión de días. Algunas personas se sienten mejor una vez que remite un brote inicial, pero el desgaste de la propia articulación persiste.

Si la articulación sufrió una lesión y no se trató, no hacer nada conlleva consecuencias reales: el dolor puede volverse crónico, el dedo puede quedarse rígido o adoptar una posición doblada fija, y la articulación puede desgastarse prematuramente. Detectar estas lesiones a tiempo y tratarlas adecuadamente es lo que previene muchos de estos problemas.

Con un cuidado adecuado, el pronóstico es más estable. Mantener la articulación en movimiento de forma suave y protegerla durante los brotes ayuda a ralentizar el ciclo de hinchazón y acortamiento descrito anteriormente. La terapia de la mano puede mejorar la rectitud del dedo, aunque un dedo más recto no siempre resulta más útil para las tareas cotidianas.

Si decide someterse a un reemplazo articular, es útil conocer la realidad del procedimiento. El alivio del dolor suele ser el efecto más notable; muchas personas conservan una flexión útil del dedo. La amplitud de flexión obtenida suele ser más del doble de la que existía antes de la cirugía. No obstante, las articulaciones artificiales en este dedo tienden a endurecerse con el tiempo, por lo que el rango de movimiento puede disminuir con los años. Aproximadamente 1 de cada 5 personas con un implante de pirocarbono necesita otra intervención en esa

articulación dentro de 5 años; 1 de cada 3 necesita más de una operación. Otros diseños de implantes presentan sus propios resultados: un implante de reemplazo superficial más reciente se ha mantenido en su lugar en el 85 % de los dedos a los 2 años, y los implantes de silicona han durado en el 90 % de los dedos a los 10 años. La fractura ósea durante la operación ocurre en alrededor del 5 % de los casos, aunque por lo general no altera el resultado final. Las infecciones tras esta cirugía son poco frecuentes.

Si el reemplazo articular falla, aún existen opciones: la articulación puede fusionarse, lo que produce un dedo estable y sin dolor, tal como se describió antes. En casos excepcionales, la extirpación de la parte del dedo es el paso final.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si la articulación media de su dedo le duele desde hace 3 meses o más, a pesar del reposo, el uso de férulas o la terapia de la mano, y si el dolor le impide utilizar ese dedo. Solicite una evaluación especializada si la articulación se vuelve rígida o adquiere una forma doblada que interfiere con sus actividades diarias, especialmente si aún puede enderezarla pasivamente. Si su dedo sufrió una dislocación o lesión y ha permanecido fuera de su posición normal durante 4 semanas o más, es necesario realizar una evaluación de inmediato, pues la articulación podría quedar fijada en esa posición. Si experimenta un dedo que se “traba” o se “atasca” y la articulación media también le duele al tacto, mencione este detalle antes de cualquier liberación de tendones, ya que esa sensibilidad puede persistir hasta 3 meses después del procedimiento.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La artritis de la articulación del dedo medio merece una lectura adicional, ya que la elección entre fusionarla o reemplazarla depende de un factor que la mayoría de las personas ni siquiera se plantearían: si la articulación es estable. Además, el dedo afectado es tan importante como lo que muestran las radiografías.

LA ESTABILIDAD, NO LA GRAVEDAD, DETERMINA QUÉ OPERACIÓN SE DEBE REALIZAR

Existen dos tipos de operaciones posibles. La artrodesis fija la articulación de forma permanente en una posición determinada, eliminando el dolor de manera fiable pero a costa de perder todo movimiento. La prótesis, en cambio, preserva el movimiento.

El análisis realizado en **1,868** pacientes permite determinar cuándo resulta adecuada cada una de ellas. **Los implantes de silicona siguen siendo una opción válida para articulaciones estables**, mientras que **los implantes de reemplazo superficial podrían ser más adecuados para articulaciones inestables o desviadas, aunque conllevan un mayor riesgo de reoperación [1]**.

El factor clave aquí es la estabilidad. Un implante de silicona funciona como un espaciador flexible, no como una bisagra; se coloca entre los extremos óseos para permitir que estos se muevan alrededor de él, lo cual requiere que los ligamentos circundantes aporten la estabilidad necesaria. Cuando dichos ligamentos fallan y la articulación se desvía lateralmente, el espaciador no cuenta con nada contra lo que actuar; de ahí la necesidad

de recurrir a un diseño de reemplazo superficial, y también el mayor índice de reoperaciones asociado a este tipo de implantes más rígidos.

EL DEDO EN CUESTIÓN DETERMINA LA RECOMENDACIÓN MÉDICA

Esta es una cuestión que rara vez se explica. El dedo índice soporta una gran fuerza lateral durante la pinza, al presionar contra el pulgar; esa fuerza es precisamente lo que una articulación reemplazada tolera menos. En cambio, el dedo anular y el meñique se utilizan principalmente para el agarre, donde las cargas se distribuyen a lo largo del dedo en lugar de actuar transversalmente.

La consecuencia práctica es que el reemplazo articular suele ser más adecuado para los dedos ulnares, mientras que la fusión articular se prefiere en el dedo índice, donde contar con una estructura estable para realizar la pinza resulta más valioso que la movilidad. Por ello, dos articulaciones idénticas a simple vista en una radiografía pueden recibir recomendaciones distintas, únicamente por su ubicación en la mano.

LA FUSIÓN ES UN MÉTODO FIABLE; LA TÉCNICA EMPLEADA IMPORTA MENOS DE LO ESPERADO

Cuando se opta por la fusión, el debate sobre la técnica es limitado. En un total de **1,923** pacientes, **todas las técnicas descritas permiten lograr el objetivo de fusionar una articulación osteoarttrítica**; además, en la literatura más reciente se observa una tendencia hacia el uso de técnicas de compresión [2]. Al comparar directamente distintas técnicas en **286** pacientes, se constató que presentaban **tiempos de fusión, tasas de no fusión y de complicaciones similares**. La artrodesis mediante tornillos mostró una tasa de no fusión menor que la fusión mediante alambres; no obstante, estos datos presentan limitaciones importantes [3].

CUANDO LA ARTICULACIÓN HA QUEDADO DESTRUIDA POR UNA LESIÓN Y NO POR DESGASTE

Una fractura en la base del hueso medio destruye directamente la superficie articular. Cuando más de la mitad de dicha superficie resulta afectada, una opción es reconstruirla mediante un injerto extraído del hueso ganchoso de la muñeca, cuya forma se asemeja a la superficie articular perdida.

El autoinjerto de hemi-ganchoso **puede considerarse una opción fiable en casos de fracturas-luxaciones agudas o crónicas en las que más del 50% de la superficie articular está afectada**, aunque se requiere un seguimiento a más largo plazo, especialmente para determinar la tasa de aparición posterior de artritis [4]. Otra revisión realizada con **235** pacientes demostró que este procedimiento proporciona alivio de los síntomas y restauración funcional [5].

Esa cuestión pendiente respecto a la artritis posterior constituye la advertencia necesaria: el injerto restaura la forma de la articulación, pero aún no se sabe si la superficie reconstruida se desgasta al mismo ritmo que una superficie natural.

REFERENCIAS

[1] Forster N, Schindele S, Audigé L, Marks M. Complicaciones, reoperaciones y revisiones tras la artroplastia de la articulación interfalángica proximal: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2018;43(10):1066-75. <https://doi.org/10.1177/1753193418770606>

- [2] Millrose M, Gesslein M, Ittermann T, Kim S, Vonderlind H, Ruettermann M. Arthrodesis de la articulación interfalángica proximal del dedo: una revisión sistemática. EFORT Open Rev. 2022;7(1):49-58. <https://doi.org/10.1530/EOR-21-0102>
- [3] Faulkner H, An V, Lawson RD, Graham DJ, Sivakumar BS. Técnicas de artrodesis de la articulación interfalángica proximal: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2021;18(1):74-9. <https://doi.org/10.1177/1558944721998019>
- [4] Frueh FS, Calcagni M, Lindenblatt N. La artroplastia mediante autoinjerto de hemi-hamate en la reconstrucción de la articulación interfalángica proximal: una revisión sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(1):24-32. <https://doi.org/10.1177/1753193414554356>
- [5] Faulkner H, Graham DJ, Hile M, Lawson RD, Sivakumar BS. Artroplastia con hemi-hamate para fracturas de la base de la falange media: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2021;18(2):300-6. <https://doi.org/10.1177/15589447211014623>