

Trapeziectomía

Trapeziectomía: se extirpa el trapecio desgastado y se sostiene el pulgar mediante un tendón.

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.

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 80 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
2-6 weeks	3-6 months	12 months
El regreso a actividades ligeras y al trabajo de oficina suele ocurrir entre 2 y 6 semanas; algunos pacientes vuelven al trabajo a los 3 meses.	El retorno a trabajos manuales y a todas las actividades cotidianas generalmente se logra a los 3 meses; la mayoría de los pacientes recuperan su estado previo a los 3 meses.	La máxima mejora en el dolor y la función se observa típicamente durante el primer año postoperatorio; los resultados se mantienen a los 5 años.

¿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 para confirmar el diagnóstico.

Esta operación se llama trapeziectomía. Consiste en extirpar un pequeño hueso de la base del pulgar, el trapecio, que es donde la artrosis por desgaste ha deteriorado la superficie articular. Normalmente intentamos primero

tratamientos no quirúrgicos, como cambiar la forma en que usa la mano, la terapia de mano y el uso de una férula. La cirugía se considera cuando estas medidas no le han aportado una mejoría suficiente.

Es posible que le hayamos propuesto esta operación porque el dolor del pulgar limita lo que puede hacer, o porque los cambios articulares que se ven en sus pruebas de imagen se corresponden con sus síntomas. Al extirpar el hueso desgastado se eliminan las superficies dolorosas que rozan entre sí. El objetivo es un alivio duradero del dolor y un pulgar que pueda usar con más confianza en las tareas cotidianas.

Antes de la operación

Antes de la operación, le daremos instrucciones claras que deberá seguir. Deberá dejar de comer y beber siete horas antes de la operación. Pedimos siete horas en lugar de seis para poder adelantar su cirugía si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto. Su cirujano le indicará cuáles de sus medicamentos habituales debe suspender y cuándo hacerlo. Lleve una lista por escrito de todo lo que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después de la intervención, pues no podrá conducir por sí mismo. El día de la operación, use ropa holgada y cómoda. Ya dispondremos de estudios de imagen, como radiografías y, en ocasiones, una resonancia magnética o una ecografía, para planificar la operación. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesiista.

El día de la intervención

El día de la operación, deberá presentarse en la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital. Allí el personal le registrará y le preparará para el quirófano. Después conocerá al anestesiista, el médico que se encarga de su anestesia y del alivio del dolor durante la cirugía. A continuación, se le lleva al quirófano, donde se realiza la operación.

Esta operación se realiza bajo anestesia general. Usted estará completamente dormido durante la operación. En algunos pacientes también se aplica un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesiista decide al respecto ese mismo día según sus circunstancias individuales.

Cuando termina la operación, despertará en la sala de recuperación. Las enfermeras permanecen con usted y le vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y cómo evolucione su recuperación.

Qué implica la operación

La trapeziectomía se realiza como una operación abierta a través de una única incisión sobre la zona a operar, en la base del pulgar. A través de esa incisión, el cirujano extirpa el trapecio, el pequeño hueso desgastado que se encuentra entre el pulgar y la muñeca. Al retirar el hueso se eliminan las superficies ásperas y dolorosas que han estado rozando entre sí.

Una vez extirpado el hueso, el espacio que deja se va llenando con el tiempo de su propio tejido cicatricial, y el pulgar se apoya sobre un cojín en lugar de sobre una articulación desgastada. El cirujano no coloca ninguna articulación artificial ni ningún implante. La herida se cierra con puntos de sutura y se coloca un vendaje encima.

La operación en sí es sencilla y se realiza como cirugía ambulatoria, por lo que vuelve a casa el mismo día.

Después de la operación

Después de esta operación, puede volver a casa el mismo día o quedarse una noche en el hospital. Ambas opciones son habituales, y su equipo hablará con usted sobre cuál le conviene. Su mano llevará una férula con vendajes sobre la herida, y un cabestrillo puede ayudarle a mantener el brazo en reposo de forma cómoda durante el primer o segundo día. Las enfermeras le enseñarán a cuidar los vendajes y a mantener la mano elevada para ayudar a reducir la hinchazón. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando venga a la consulta. Antes de que se marche se organizará el tratamiento para el dolor, y las enfermeras le explicarán cómo tomarlo. Pida a alguien que se quede con usted durante las primeras 24 horas después de llegar a casa.

Recuperación

Durante los primeros días, la mano estará adolorida e hinchada, y puede notar latidos en la zona de la herida. Mantener la mano elevada sobre almohadas, incluso cuando esté descansando o durmiendo, ayuda a que baje la hinchazón. Tome los analgésicos según se los hayan recetado, en lugar de esperar a que el dolor aumente.

El pulgar permanecerá en una férula mientras cicatriza la herida. Un terapeuta de mano le enseñará ejercicios suaves para mantener los dedos en movimiento y evitar que se pongan rígidos. Podrá realizar tareas cotidianas ligeras en casa con la otra mano, pero no deberá agarrar, pellizcar ni levantar objetos con el pulgar operado mientras esté protegido. No puede conducir mientras lleve la férula, pues esta le impide agarrar el volante de forma segura. Una vez retirada la férula y con autorización de su cirujano, podrá volver a conducir; consulte nuestra página sobre [Conducción tras cirugía de miembro superior](#).

Con el paso de las semanas, la hinchazón disminuye y la movilidad vuelve poco a poco. La terapia de mano continúa, y su terapeuta irá aumentando gradualmente el uso que hace del pulgar. La fuerza de agarre y de pinza vuelve lentamente, y muchas personas notan que el pulgar se siente menos fuerte que antes incluso cuando las actividades cotidianas ya les resultan normales. El beneficio completo se va consiguiendo con el tiempo, y es habitual que el dolor y la fuerza sigan mejorando hasta durante un año.

Su cronograma podría ser distinto del de otra persona. Su cirujano y su terapeuta de mano le guiarán en cada paso.

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 incidencia a tiempo.

A veces, un nervio cercano al pulgar se irrita después de la cirugía. Puede notarse como hormigueo, ardor o entumecimiento en el dorso de la mano o del pulgar. Si esto ocurre, normalmente desaparece por completo en el transcurso de un año. Coménteselo en su próxima revisión para que podamos hacer un seguimiento.

Las agujas metálicas que a veces se utilizan para mantener los huesos en su sitio pueden generar problemas. La piel alrededor de la aguja puede volverse sensible o irritarse, o la aguja puede aflojarse o desplazarse. Una aguja que se desplaza suele requerir su extracción precoz, y no se ha observado que esto perjudique el resultado final. Avísenos en una revisión si la zona de la aguja se vuelve dolorosa o si la piel a su alrededor parece inflamada.

La infección es poco frecuente, pero puede producirse en cualquier herida. Esté atento a un enrojecimiento que se extienda desde la herida, a la salida de líquido o pus por la herida, o a la fiebre. Llame a la clínica ese mismo día si nota cualquiera de estos signos. Un dolor que sigue empeorando a pesar de los analgésicos también requiere llamar a la clínica ese mismo día.

En muy raras ocasiones, el riego sanguíneo del pulgar puede verse afectado. Acuda al servicio de urgencias si el pulgar, los dedos o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros.

Si se utiliza un cojín de tendón para rellenar el espacio que ocupaba el hueso, en ocasiones puede abultar bajo la piel. Es posible que note un bulto blando o una zona sensible e inflamada cerca del pulgar. Normalmente puede tratarse con una pequeña operación para retirarlo, lo que alivia el dolor.

Algunos problemas más raros se asocian a versiones más complejas de esta operación, como los implantes de articulación artificial. Estas conllevan más riesgos que una trapeziectomía simple, lo cual es una de las razones por las que preferimos la opción más sencilla. Si es necesario corregir una primera operación más adelante, los resultados suelen ser menos fiables que la primera vez. Hablaremos de todo esto con usted antes de que tome una decisión.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos exactos.

¿Cuándo debemos ser contactados?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras semanas, por lo que conviene saber a qué estar atento. Acuda al servicio de urgencias si tiene hinchazón o dolor en la pantorrilla, dificultad para respirar o dolor en el pecho, ya que pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda al servicio de urgencias si el pulgar, los dedos o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus por la herida. Llame a la clínica ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Es normal tener entumecimiento o debilidad durante las primeras 24 horas después de un bloqueo nervioso. Una vez que el efecto del bloqueo haya desaparecido, llame a la clínica si no puede sentir o mover el brazo, la mano o los dedos. Si no puede contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Dónde leer más sobre esta afección?

Esta página trata sobre la intervención quirúrgica en sí. La afección que se trata, así como las evidencias sobre cuándo la cirugía resulta útil y cuándo no, se explican con mayor detalle en la página [Artritis basal del pulgar](#).

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@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Trapeziectomía

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 80 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Artritis escafo-trapecio-trapezoidea	11.8-52.0%	Los cambios radiográficos o la artritis sintomática en la articulación STT adyacente son hallazgos frecuentes a largo plazo.
Tendinitis del flexor radial del carpo	10.0-25.0%	Se ha reportado una alta incidencia en la suspensiónplastia del APL, debido a desgaste o compresión del tendón.
Hundimiento sintomático	9.0-18.0%	Puede producirse colapso o hundimiento del metacarpiano que cause dolor, especialmente con técnicas de suspensiónplastia.
Dolor persistente	7.0-72.7%	Se reportan tasas variables de dolor persistente; algunos estudios indican tasas elevadas en cohortes artroscópicas específicas.
Neuritis del nervio radial superficial	4.0-13.2%	Las parestesias transitorias o la neuritis del nervio radial superficial son comunes y suelen resolverse en 3 meses.
Fallo del implante	3.4-33.3%	Las tasas de fallo varían considerablemente según el tipo de implante (pirocarbono, silicona, metal) y la técnica empleada.
Cirugía de revisión	3.2-19.0%	Las tasas de revisión varían según la técnica; son más altas en artroplastia o suspensiónplastia que en la simple escisión.
Hiperextensión de la articulación metacarpofalángica	1.3-3.0%	Puede desarrollarse una deformidad de hiperextensión en la articulación metacarpofalángica del pulgar, que a veces requiere artrodesis.
Infección	0.8-2.6%	Las infecciones superficiales de la herida ocurren en menos del 3% de los casos; las infecciones profundas son muy raras.
Dehiscencia de la herida	0.0-0.6%	Los problemas de cicatrización son generalmente poco frecuentes en este procedimiento.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Fractura del metacarpiano índice	Rare	Fractura a través de un túnel óseo; es poco frecuente con las técnicas modernas.

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE – NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA