

Reemplazo de la articulación MCP

Las articulaciones de los nudillos (MCP) desgastadas y deformadas se reemplazan por separadores flexibles, con el fin de restaurar una línea más natural y un movimiento funcional.

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.

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras el reemplazo de las articulaciones de los nudillos (las articulaciones metacarpofalángicas o “MCP”) mediante implantes de silicona (Swanson), realizado por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa; posteriormente, siga el protocolo clínico estructurado redactado **para su terapeuta de mano**: lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar que la rehabilitación se lleve a cabo de manera coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Se trata de una recuperación que requiere intensa terapia de mano y el uso de férulas. La férula dinámica y los ejercicios diarios no son opciones adicionales: son precisamente lo que permite que las nuevas articulaciones adopten una posición recta y correcta. El resultado final depende en gran medida de que cumpla fielmente con el uso de la férula y los ejercicios prescritos.

Si tiene alguna duda o inquietud respecto a la herida quirúrgica, no dude en contactar con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

Las articulaciones de los nudillos pueden desgastarse, volverse dolorosas y deformarse gravemente, sobre todo en casos de **artritis reumatoide**, en los que los dedos tienden a desviarse hacia el lado del meñique (**desviación cubital**) y la base de los dedos se desplaza hacia la palma de la mano (**subluxación volar**); también pueden desgastarse por **artrosis**. En esta intervención se extirpa la articulación dañada y se sustituye por un **espaciador de silicona flexible** (el clásico implante de Swanson). Los objetivos son aliviar el dolor, corregir la desviación y la flacidez de los nudillos (retraso en la extensión), así como recuperar un rango funcional de flexión.

El implante no es una bisagra rígida; actúa como un espaciador flexible mientras, durante las primeras semanas, se forma a su alrededor una nueva membrana o “cápsula”. El propósito fundamental de la rehabilitación es

lograr que dicha cápsula se forme con los dedos en posición recta y corregida, no desviada. Por eso la férula y los movimientos tempranos son tan importantes.

La recuperación se basa, por tanto, en el uso de una **férula dinámica de extensión**, que suele colocarse en los primeros días:

- En reposo, la férula mantiene los nudillos rectos y los tira suavemente hacia el lado del pulgar (desviación radial), contrarrestando así la antigua desviación cubital.
- Dentro de la férula se realizan movimientos activos controlados de flexión de los nudillos contra lares elásticos blandos, que devuelven los dedos a la posición recta. Ejecutar estos movimientos tempranamente (pero únicamente en esta posición protegida y corregida) favorece la formación adecuada de la nueva cápsula y evita la rigidez articular.

Se lleva la férula dinámica casi de forma continua durante unas seis semanas; después se sustituye por una férula de reposo o nocturna, añadiendo progresivamente ejercicios de fortalecimiento. La función manual ligera se recupera en las primeras semanas; la mayoría de los pacientes vuelven a realizar la mayor parte de sus actividades cotidianas al cabo de unos tres meses, mientras que el resultado final sigue mejorando durante varios meses más.

Precauciones y limitaciones

- **Use su férula dinámica de extensión según las indicaciones:** día y noche durante las primeras seis semanas aproximadamente. Esta férula mantiene la corrección; quitársela con demasiada frecuencia permite que los dedos vuelvan a desviarse.
- **NO** permita que sus dedos vuelvan a desviarse hacia el lado del meñique. Cada ejercicio los guía en la dirección *opuesta*, hacia el pulgar.
- **NO** realice agarres fuertes, pinzamientos ni levantamiento de pesos al principio: un agarre intenso empuja los dedos hacia la desviación cubital y somete a las nuevas articulaciones a un estrés excesivo antes de que estén estables. El fortalecimiento solo se permitirá cuando su terapeuta de mano lo autorice.
- Desde el inicio, mantenga en movimiento el pulgar, la muñeca y las puntas de los dedos; además, utilice la mano para tareas cotidianas ligeras siempre que se sienta cómodo.
- Vigile la herida en busca de signos de infección (enrojecimiento creciente, calor, hinchazón o secreción) y comuníquese con el consultorio si tiene alguna duda; las infecciones alrededor de un implante son poco frecuentes, pero es crucial detectarlas a tiempo.

Para el cuidado de la herida, la hinchazón y las cicatrices, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) del consultorio.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta de mano, respetando siempre el rango de movimiento y las limitaciones que se le hayan indicado. Al principio, todos los ejercicios se realizan con el splint dinámico: flexión controlada contra los bucles, extensión activa y desplazamiento suave de los dedos hacia el pulgar para mantener la corrección. El cuidado de la cicatriz se inicia una vez que las heridas hayan sanado; el fortalecimiento de la prensión corresponde a una fase posterior y no debe comenzarse hasta que se le dé autorización específica. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en los nudillos.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por fases para la rehabilitación tras una artroplastia de la articulación metacarpofalángica con implante de silicona (Swanson). Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que ocurre. El principio fundamental es que la nueva cápsula articular se remodela alrededor del implante en la posición en que se mantengan las articulaciones; por ello, la férula y los ejercicios deben mantener las articulaciones en **extensión con ligera desviación radial**, permitiendo al mismo tiempo una **flexión activa controlada desde las primeras etapas**, de modo que las articulaciones se reconfiguren en una posición correcta y se invierta la desviación cubital.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe quirúrgico del paciente y su historial médico previo; además, consulte con el cirujano responsable sobre el diagnóstico (artritis reumatoide frente a artrosis), la reconstrucción de tejidos blandos realizada (refuerzo del ligamento colateral radial, liberación de músculos intrínsecos cubitales, centralización del tendón extensor/transferencia cruzada de músculos intrínsecos) y la corrección y amplitud de movimiento logradas durante la intervención. La mano afectada por artritis reumatoide tiende a desviarse y a presentar recaídas con mayor facilidad que la mano con artrosis; por ello requiere un uso especialmente riguroso de férulas que favorezcan la desviación radial. El protocolo que sigue supone la aplicación del régimen estándar de extensión dinámica con soporte externo.

FASE I – FÉRULA DINÁMICA DE EXTENSIÓN CON MOVIMIENTO CONTROLADO TEMPRANO (SEMANAS 0 A ~6)

Las primeras seis semanas constituyen el período decisivo: en este momento se forma la cápsula alrededor del implante, y la férula dinámica determina la posición en la que se forma dicha cápsula. Se debe colocar una **férula dinámica de extensión para las articulaciones MCP basada en el antebrazo**, generalmente dentro de los primeros 3-5 días. En reposo, esta férula mantiene las **articulaciones MCP en extensión completa, con las falanges proximales ligeramente desviadas hacia radial** (corrigiendo así la antigua desviación ulnar); las correas de la férula se sitúan sobre las falanges proximales, y la tensión elástica permite una flexión activa controlada para luego volver a llevar los dedos a la posición de extensión. El paciente debe realizar **flexión activa controlada de las articulaciones MCP dentro de la férula** cada hora durante el tiempo en que esté despierto. La muñeca y las articulaciones IP quedan libres de restricciones.

Para su terapeuta de mano:

Instrucciones y precauciones - Colocar y ajustar la **férula dinámica de extensión**: mantener las articulaciones MCP en **extensión con ligera desviación radial**; fijar las correas sobre las falanges proximales para ejercer tracción radial que contrarreste la desviación ulnar. - Usar la férula **de forma continua (día y noche) durante ~6 semanas**, quitándola únicamente para higiene y ejercicios supervisados. - **Prohibido realizar agarres fuertes, pinzas o cargas laterales (en dirección ulnar)**: estos movimientos reproducen las fuerzas deformantes. - Proteger cualquier reconstrucción de tejidos blandos (ligamento colateral radial o equilibrio de músculos intrínsecos): evitar en todo momento cualquier estrés que provoque desviación ulnar forzada. - Mantener la movilidad del pulgar, la muñeca y las articulaciones IP; permitir únicamente uso ligero y sin carga de la mano.

Manejo clínico - Herida: aplicar vendajes quirúrgicos según indicaciones; vigilar posibles signos de infección (dado que hay implante presente). - Edema: elevar la extremidad, realizar masajes retrógrados suaves y aplicar compresión ligera según tolerancia. - Ejercicios: **flexión activa controlada de las articulaciones MCP dentro de la férula, ejerciendo fuerza contra las correas**, con el objetivo de desarrollar un arco de flexión útil (debe ajustarse al arco intraoperatorio indicado por el cirujano; habitualmente hasta ~70 grados en las articulaciones MCP del dedo índice al meñique); también practicar **extensión activa de las articulaciones MCP** (para corregir el retraso en la extensión) y **reeducación de la desviación radial** (guiar los dedos hacia el pulgar); mantener la amplitud de movimiento libre en las articulaciones IP y la muñeca.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - La herida debe estar cicatrizada; el edema debe haber disminuido; alrededor de la sexta semana debe observarse un arco de flexión activa estable, manteniendo la extensión completa y una alineación correcta (hacia radial).

FASE II: RETIRADA PROGRESIVA DEL SPLINT Y CONSOLIDACIÓN DE LA CORRECCIÓN (SEMANAS ~6 A ~12)

A partir de las seis semanas aproximadamente, la cápsula articular madura y el splint dinámico se **reemplaza por un splint de extensión para uso nocturno o de reposo** (a menudo se mantiene hasta las ~12 semanas; en manos con artritis reumatoide, propensas a recaídas, se usa por la noche durante más tiempo). Se incrementa el movimiento activo fuera del splint, siempre priorizando la **extensión y la alineación radial**. Se permite un uso funcional ligero; sin embargo, se sigue evitando el agarre fuerte y la pinza.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de flexión/extensión activa y pasiva de las articulaciones metacarpofalángicas; **retraso en la extensión; desviación cubital** (comparar con la corrección obtenida durante la cirugía); dolor e inflamación; evaluación de la herida y la cicatriz.

Instrucciones y precauciones - Retirar progresivamente el splint dinámico; continuar usando un **splint de extensión para uso nocturno o de reposo** hasta las ~12 semanas (en pacientes con artritis reumatoide, incluso más tiempo por la noche). - Seguir **evitando el agarre fuerte, la pinza y cualquier carga que provoque desviación cubital**. - Mantener estrictamente la corrección radial; la recaída hacia la desviación cubital es la principal causa de fracaso a largo plazo.

Manejo - Ejercicios: aumentar progresivamente la **flexión/extensión activa y asistida de las articulaciones metacarpofalángicas** fuera del splint; continuar con ejercicios para corregir el **retraso en la extensión** y la **reeducación de la desviación radial**; iniciar el **manejo de la cicatriz** una vez curada. Se permiten tareas funcionales ligeras, siempre evitando patrones que induzcan desviación cubital.

Criterios para avanzar - Corrección estable (mínima desviación cubital recurrente, retraso en la extensión aceptable) en una cápsula articular en proceso de maduración; rango funcional cómodo; disminución del dolor.

FASE III – FORTALECIMIENTO Y RECUPERACIÓN (SEMANAS ~12 EN ADELANTE)

Una vez que la cápsula se ha fortalecido y la alineación se mantiene (alrededor de las doce semanas), se introduce de forma gradual y con precaución el fortalecimiento, ya que el agarre puede provocar desviación cubital. La fuerza muscular y el resultado funcional final siguen mejorando durante varios meses más.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Comparación del agarre y la pinza con el lado contralateral y con los valores preoperatorios; mantenimiento del arco de movimiento, de la extensión y de la alineación bajo carga; pruebas funcionales y específicas para cada tarea

Educación y precauciones - Iniciar **el fortalecimiento gradual del agarre a partir de la semana 8-12**, aumentando la carga poco a poco. - Enseñar **patrones de agarre que no provoquen desviación cubital**; continuar con el uso de férulas nocturnas según sea necesario, especialmente en pacientes con artritis reumatoide. - Establecer expectativas realistas: el objetivo es **el alivio del dolor, una posición correcta y un arco de movimiento funcional**, no una mano completamente normal o de gran fuerza.

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento progresivo mediante **agarre con plastilina o pelotas y ejercicios de pinza**, control isométrico de las articulaciones metacarpofalángicas, fortalecimiento funcional; continuar con ejercicios de movilidad y corrección de cualquier retraso en la extensión o desalineación residual. - Considerar el alta cuando la corrección sea estable, se haya logrado un arco de movimiento útil y el paciente pueda realizar sus actividades diarias; proporcionar una férula nocturna a largo plazo y un plan de protección articular. - Derivar nuevamente al médico tratante si se produce deterioro de la alineación, pérdida del arco de movimiento o se sospechan problemas con el implante.

Criterios para el alta - Alineación correcta y estable, arco de movimiento funcional sin dolor, fuerza de agarre adecuada, rutina sólida de protección articular y uso de férula nocturna.

Retorno al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda comenzar desde el principio con un uso ligero de la mano en actividades diarias (comer, escribir, cuidados personales básicos), siempre dentro de los límites de la comodidad, evitando el agarre fuerte, el pellizco y cualquier tipo de tensión lateral (ulnar) sobre los dedos. Durante las primeras seis semanas, la férula dinámica deberá usarse casi todo el tiempo, lo que limitará las tareas que requieran el uso de ambas manos o que sean pesadas; por ello, es conveniente organizar ayuda externa. **Se podrá volver a conducir una vez que pueda**

controlar el vehículo de forma segura y ya no lleve puesta la férula dinámica para conducir (generalmente alrededor de las seis semanas), según lo confirmado en su consulta de seguimiento.

El fortalecimiento muscular y el uso más intenso de la mano se retrasarán hasta aproximadamente las doce semanas, momento en el cual se irán incrementando gradualmente bajo la supervisión de su terapeuta de mano. La mayoría de las personas recuperan la mayoría de sus actividades cotidianas al cabo de unos tres meses; sin embargo, el resultado final (confort, alineación y amplitud de movimiento útil) seguirá mejorando durante varios meses más. La evolución del proceso de recuperación será evaluada por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano en función de cómo se vaya corrigiendo y funcionando su mano, no únicamente en base al tiempo transcurrido. El regreso a trabajos manuales más pesados o repetitivos seguirá los mismos criterios de progresión, acompañados de recomendaciones para proteger las articulaciones y mantener los resultados obtenidos a largo plazo.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación de la clínica: consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). El plan por fases descrito anteriormente refleja el régimen de rehabilitación de estilo Swanson, utilizado desde hace tiempo tras la artroplastia de la articulación metacarpofalángica con silicona; su recuperación continua será guiada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución y corrección de su mano.