

Reemplazo de la articulación PIP

La articulación PIP desgastada (la falange media del dedo) se reemplaza por un espaciador de silicona flexible que actúa como bisagra, proporcionando un alivio del dolor fiable y un rango útil de flexión.

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 la articulación media desgastada del dedo** (la articulación interfalángica proximal, es decir, el nudillo central) mediante un espaciador de silicona flexible, procedimiento realizado por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa, seguido del protocolo clínico estructurado destinado a su terapeuta de mano. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podrá ajustar el plan según el progreso de su recuperación.

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

Qué esperar

La articulación media de su dedo se había desgastado debido a la artritis, lo cual causaba dolor y rigidez. En esta operación se eliminan las superficies articulares dañadas y se coloca un **espaciador de silicona flexible** (un implante tipo Swanson) entre los dos huesos. Este espaciador no es una bisagra mecánica rígida; es un elemento flexible que mantiene los huesos separados, permite el movimiento de flexión del dedo y permite que el propio tejido cicatricial forme una nueva cubierta de soporte alrededor del mismo. El principal y más fiable beneficio es el **alivio del dolor**. También puede esperar un **rango de flexión útil, aunque limitado (generalmente entre 40 y 60 grados)**, en lugar de un rango completo y normal. La mayoría de los pacientes quedan muy satisfechos, ya que el dolor desaparece y el dedo resulta cómodo de usar.

Lo más importante en su recuperación es el tipo de abordaje quirúrgico que haya utilizado el cirujano, pues eso determina cuándo podrá mover el dedo:

- **Desde la parte frontal (lado de la palma, abordaje volar):** el tendón encargado de la extensión en el dorso del dedo permanece completamente intacto. Como no hay nada en el dorso que deba cicatrizar, normalmente podrá empezar a mover el dedo a los pocos días.
- **Desde la parte posterior (abordaje dorsal):** el tendón encargado de la extensión (el “central slip”) debe ser seccionado o levantado para acceder a la articulación, y luego se repara. Esta reparación requiere protección inicial, por lo que el dedo se inmoviliza en posición recta y la flexión se introduce de forma gradual, bajo la supervisión de su terapeuta de mano.

Su terapeuta de mano seguirá el plan correspondiente al abordaje quirúrgico utilizado. El Dr. Hirpara les indicará qué técnica se empleó, y los plazos que se detallan a continuación se adaptan a dicho abordaje. Independientemente del método empleado, la nueva articulación funciona como una bisagra: le gusta flexionarse y estirarse en línea recta, pero no tolera presiones ni torsiones laterales. Protegerla de esfuerzos laterales es clave para mantener su estabilidad a largo plazo.

Precauciones y limitaciones

- Mueva el dedo únicamente en línea recta (doblándolo y estirándolo) y **evite cualquier fuerza lateral o de torsión** sobre el dedo operado. La nueva articulación funciona como una bisagra; las fuerzas laterales pueden aflojarla o deformarla.
- Use su **férula** según las indicaciones, y recurra al **sujetado con el dedo vecino** durante las actividades para mantener el dedo alineado.
- Si la cirugía se realizó **por la parte posterior del dedo**, **NO** fuerce el estiramiento más allá del límite indicado al principio: el tendón encargado de estirar el dedo aún está en proceso de cicatrización.
- **NO** realice agarres fuertes, pellizcos intensos, ni tareas que requieran fuerza o torsión hasta que el terapeuta de mano autorice el fortalecimiento (generalmente a partir de las seis semanas).
- Desde el inicio, mantenga en movimiento las demás articulaciones de los dedos, la muñeca y el hombro; además, utilice la mano para tareas cotidianas ligeras, siempre que le resulte cómodo.

Para el cuidado de la herida, la reducción de la hinchazón y la gestión de las cicatrices, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

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 le hayan indicado. Los primeros ejercicios tienen como objetivo mantener el dedo en movimiento en línea recta, sin generar tensiones laterales: flexión controlada, estiramiento suave, sujeción con dedos adyacentes y deslizamientos tendinosos. Si su cirugía se realizó en la parte dorsal del dedo, el ejercicio de **extensión activa** es

el que debe proteger al inicio y progresar lentamente. El fortalecimiento de la prensión corresponde a una fase posterior y no debe iniciarse hasta que se le dé autorización expresa. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso o haga que el dedo se sienta inestable.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación tras una artroplastia de articulación PIP con implante de silicona. Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que ocurre. **El protocolo varía según el abordaje quirúrgico**, y este es el punto de bifurcación principal: el **abordaje volar (palmar)** mantiene intacto el mecanismo extensor, permitiendo movimiento activo temprano en cuestión de días; el **abordaje dorsal**, en cambio, divide o separa la porción central del tendón extensor, por lo que primero se debe proteger su cicatrización mediante órtesis de extensión y movimientos de flexión graduales. En todo momento, el implante de silicona actúa como un espaciador flexible; su estabilidad a largo plazo depende de la cápsula periimplantaria, por lo que **se debe evitar cualquier estrés coronal (lateral) y limitar el movimiento a un arco puramente sagital**.

Antes de iniciar el tratamiento, confirme con el cirujano responsable el abordaje quirúrgico (volar o dorsal), el estado y reparación del tendón central y de los ligamentos colaterales, así como cualquier restricción de movimiento determinada durante la cirugía. El Dr. Hirpara indicará el abordaje; elija entonces la vía volar (para movimiento activo temprano) o la dorsal (para proteger la extensión). El objetivo funcional esperado es lograr un arco de movimiento libre de dolor de aproximadamente 40–60°, no el rango completo.

FASE I – PROTECCIÓN E INICIO DEL MOVIMIENTO (SEMANAS 0 A 3)

Durante las primeras semanas se protegen los tejidos blandos y se evita la rigidez; el ritmo de los ejercicios depende íntegramente del abordaje quirúrgico empleado. El implante permanece estable en flexión-extensión, pero es vulnerable a cargas laterales; por ello, todo el movimiento debe realizarse en un plano sagital puro, y el dedo debe contar con soporte mediante férula y vendaje de acompañamiento.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Identifique el **abordaje quirúrgico** y siga el protocolo correspondiente: -

Abordaje volar: mecanismo extensor intacto → iniciar **movilización activa de la PIP y DIP a los 3–5 días**.

Colocar una férula volar con bloqueo de extensión que permita un **arco de flexión limitado (normalmente ~30° al inicio)**, ampliándose progresivamente. - **Abordaje dorsal (desgarro/reparación del tendón central):** proteger la extensión. La **PIP debe mantenerse en extensión casi completa todo el tiempo**; introducir luego flexión activa en un **arco limitado y bajo supervisión**, respetando la reparación del tendón central. (Según preferencia del cirujano, se puede emplear un esquema de movilidad relativa o de extensión dinámica.) - **Evitar estrictamente cualquier carga coronal (lateral/radial-ulnar)** sobre la articulación operada: usar vendaje de acompañamiento con el dedo adyacente para guiar el movimiento exclusivamente en el plano sagital. - No realizar agarres, pinzamientos ni actividades con resistencia o carga.

Manejo - Herida: aplicar vendajes quirúrgicos según indicaciones; vigilar signos de infección. - Edema: elevar la extremidad, realizar masaje retrógrado suave y aplicar vendaje compresivo ligero. - Ejercicios: movilización activa controlada de la PIP/DIP dentro del arco establecido; **deslizamientos tendinosos**; movilización activa de articulaciones no afectadas (DIP, MCP, muñeca, pulgar); iniciar el uso del vendaje de acompañamiento durante las actividades. - La férula debe usarse todo el tiempo, salvo durante los ejercicios.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Cicatrización adecuada de la herida; ausencia de retraso en la extensión (en el abordaje dorsal); movilidad cómoda y controlada dentro del arco permitido.

FASE II: AVANCE DEL RANGO DE MOVIMIENTO (SEMANAS 3 A 6)

Se amplía el arco de flexión y, en los dedos tratados por vía dorsal, se relaja progresivamente la protección contra la extensión a medida que el tendón central se consolida. El objetivo de esta fase es consolidar el rango de movimiento útil ($\approx 40-60^\circ$) antes de que la cicatrización limite definitivamente dicho rango.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de movimiento activo y pasivo en la articulación PIP; **retraso en la extensión** (vía dorsal); estabilidad coronal; presencia de dolor o edema; revisión de la herida y la cicatriz

Instrucciones y precauciones - Aumentar progresivamente **el arco de flexión permitido** hasta alcanzar el objetivo funcional ($\approx 40-60^\circ$) - **Vía volar:** incrementar la flexión activa según la tolerancia; añadir flexión pasiva suave si la extensión es completa y estable - **Vía dorsal:** reducir gradualmente el uso del dispositivo de inmovilización para la extensión conforme cicatriza el tendón central (usualmente se elimina el soporte diurno en el transcurso de 4-6 semanas); evitar el retraso en la extensión: no forzar la flexión a costa de la extensión activa - Seguir **evitando estrictamente cualquier carga lateral o torsional**; no iniciar aún ejercicios de fortalecimiento con resistencia

Manejo terapéutico - Ejercicios: flexión y extensión activa y asistida de la articulación PIP de forma gradual; ejercicios de bloqueo para enfocar el movimiento en dicha articulación; continuar con deslizamientos tendinosos y vendaje de apoyo; iniciar **masaje de la cicatriz una vez curada la herida** - Mantener el rango completo de movimiento en las articulaciones adyacentes

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Herida completamente cicatrizada; articulación estable en el plano coronal; rango de movimiento funcional y sin dolor establecido; mínimo retraso en la extensión (vía dorsal)

FASE III – FORTALECIMIENTO Y RECUPERACIÓN (SEMANAS 6 A 12 Y POSTERIORMENTE)

Una vez que se ha logrado el rango de movimiento y los tejidos blandos se han recuperado (alrededor de las seis semanas), se inicia un ligero fortalecimiento que se incrementa gradualmente. Este fortalecimiento se mantiene en dirección axial (agarre y carga en línea recta), respetando siempre el estrés lateral o torsional sobre el implante a largo plazo.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Comparación del agarre y la pinza con el lado contralateral; rango final de movimiento de la falange proximal; estabilidad coronal; pruebas funcionales y específicas para cada tarea

Instrucciones y precauciones - Comience el **fortalecimiento ligero del agarre** a partir de las seis semanas, aumentando la intensidad poco a poco. - Introduzca el **uso de la pinza con cautela**; continúe **evitando cargas laterales o de torsión fuertes** sobre la articulación operada de forma indefinida (para garantizar la longevidad del implante). - Establezca expectativas realistas: el beneficio principal es un **alivio duradero del dolor**; el rango final de movimiento será **modesto** ($\approx 40-60^\circ$) y se define principalmente a los tres meses.

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento progresivo del agarre y uso de masilla terapéutica; carga funcional gradual según el tipo de actividad; continuar trabajando la movilidad residual y la cicatrización. - Considere dar el alta cuando se haya logrado un dedo estable, cómodo y funcional, con un rango de movimiento útil y sin dolor. - Remita nuevamente al médico tratante si la recuperación se estanca, si la articulación pierde estabilidad o se desvía, o si se sospecha de fallo del implante.

Criterios para el alta / retorno a las actividades - Articulación cómoda, sin dolor, estable en el plano coronal y con un rango de movimiento funcional; agarre adecuado; capacidad para cumplir con las exigencias diarias y laborales.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda realizar desde el principio actividades cotidianas ligeras con la mano (comer, escribir, cuidados personales sencillos), siempre que se hagan dentro de los límites del confort, manteniendo el dedo en posición recta y evitando fuerzas laterales o de torsión sobre él. Por lo general, se puede volver a conducir una vez que pueda agarrar el volante cómodamente y controlar el vehículo de forma segura, cuando ya no lleve ninguna férula restrictiva y haya dejado de tomar analgésicos fuertes; esto suele ocurrir al cabo de unas dos semanas, siempre bajo confirmación en la consulta de seguimiento.

Las tareas que requieren un agarre más firme o que impliquen carga se pueden iniciar alrededor de la **semana seis**, aumentándose progresivamente. **El trabajo manual pesado o con torsión es lo último que se retoma**, y solo cuando el dedo haya recuperado una estabilidad y un agarre adecuados, según lo evalúen el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano; no se basa únicamente en el paso del tiempo. Recuerde el objetivo principal de esta intervención: un **alivio del dolor** duradero y un **rango de movimiento útil de entre 40 y 60 grados**, evitando a largo plazo cualquier estrés lateral sobre la articulación para proteger el implante.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación del consultorio; consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías de rehabilitación publicadas tras la artroplastia de articulación PIP con silicona; su recuperación continua será supervisada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según el método quirúrgico empleado y la evolución de su dedo.