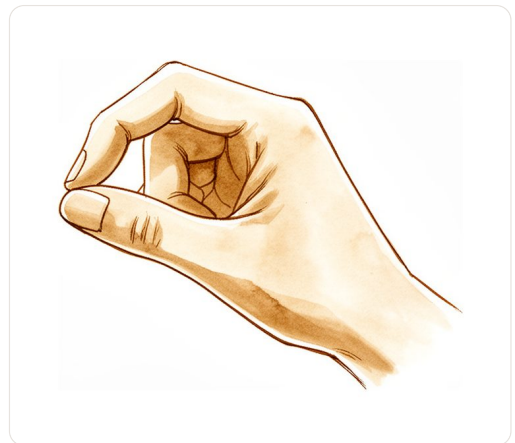


Reemplazo de la articulación de la base del pulgar (Touch)



Reemplazo de la articulación de la base del pulgar: un implante de doble movilidad reepiteliza la articulación trapeciometacarpiana desgastada.

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 un **reemplazo de la articulación de la base del pulgar** (un reemplazo articular total de doble movilidad, el implante Touch) por artritis en dicha zona, bajo la supervisión del 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 que la rehabilitación se lleve a cabo de manera coordinada. Su terapeuta de mano podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación. **Toda su recuperación se realizará bajo la supervisión de terapia de mano especializada.**

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

La articulación situada en la base del pulgar (la articulación trapecio-metacarpiana o CMC) es el punto donde el pulgar se une a la muñeca; es una zona muy propensa a desarrollar artritis. En esta intervención, se eliminan las superficies articulares desgastadas y se sustituyen por una pequeña articulación artificial: un **implante de doble movilidad**, una diminuta estructura esférica con una superficie adicional que garantiza estabilidad y un movimiento fluido. Se conserva el hueso trapecio y la longitud del pulgar, por lo que la recuperación suele ser más rápida que en la trapeziectomía (el procedimiento anterior, que implica la extirpación del hueso y la formación de tejido cicatricial durante varios meses).

Un implante correctamente colocado es estable y puede soportar cargas de inmediato; por ello, el pulgar solo necesita protección durante un breve periodo, en lugar de permanecer inmovilizado durante semanas. El

objetivo es permitir que los tejidos blandos se asienten, para luego recuperar rápidamente la capacidad de oponer el pulgar (tocar los demás dedos) y moverlo, y posteriormente ganar fuerza.

La recuperación se divide en tres fases:

- **Primero, protección (aproximadamente las primeras 2–3 semanas).** Durante la primera semana se coloca un vendaje grueso y blando; después se utiliza una **férula para el pulgar** para mantener la nueva articulación en reposo mientras cicatrizan la herida y los tejidos blandos. Se permite mover los dedos, la muñeca y el resto de la mano.
- **Luego, movilización (desde aproximadamente la semana 2–3 hasta la semana 6).** Una vez retirada la férula diurna, se inician movimientos activos suaves (oposición del pulgar, levantamiento del mismo, apertura del espacio interdigital y movimientos circulares), además de realizar tareas cotidianas ligeras con la mano.
- **Finalmente, fortalecimiento (a partir de la semana 6).** Una vez que el implante se ha integrado al hueso, se comienza a fortalecer la capacidad de **pinzar y agarrar**, aumentando progresivamente la intensidad del ejercicio. La fuerza seguirá mejorando durante los siguientes **6 a 12 meses**.

Lo más importante a tener en cuenta al inicio es que la nueva articulación podría **dislocarse** si se fuerza a adoptar posiciones extremas antes de que los tejidos circundantes hayan sanado. Este tipo de incidentes son poco frecuentes; por ello, el plan inicial consiste simplemente en evitar forzar el pulgar mientras se produce su estabilización.

Precauciones y limitaciones

- Use su **férula para el pulgar** según las indicaciones (una férula diurna durante las primeras **2–3 semanas**, y luego una férula nocturna hasta la semana **6**); mantenga la férula puesta como protección hasta que su terapeuta de mano le autorice a quitársela.
- **NO** fuerce el pulgar a adoptar posiciones extremas, y evite movimientos bruscos o agarres incómodos durante las primeras semanas; la nueva articulación podría dislocarse si se somete a un estrés excesivo antes de estabilizarse. Límitese a movimientos dentro de lo que resulte cómodo.
- **NO** realice movimientos de pellizco fuerte, agarre, torsión (como abrir tapas de frascos, usar llaves o grifos) ni levantamiento de pesos hasta aproximadamente la **semana 6**; el fortalecimiento muscular solo comenzará cuando su terapeuta de mano lo indique.
- Desde el inicio, **mantenga en movimiento los dedos, la muñeca y el resto de la mano**; además, eleve la mano al principio para reducir la hinchazón.
- **NO** conduzca hasta pasadas unas **cuatro a seis semanas**, una vez que haya retirado la férula y pueda sujetar el volante de forma cómoda y sin dolor.

Para el cuidado de la herida, la hinchazón y 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 ejercicios iniciales (oposición, levantamiento del pulgar, movimiento lateral, estiramiento del espacio interdigital y círculos suaves) ayudan a recuperar el movimiento del pulgar sin ejercer carga sobre la nueva articulación; pueden iniciarse una vez que haya retirado la férula diurna. El ejercicio de **apretar plastilina y pellizcar con una llave** es un ejercicio de fortalecimiento que se realiza **más tarde**, y no debe comenzarse hasta aproximadamente las seis semanas, cuando su terapeuta de mano lo indique. Durante las primeras semanas, realice todos los movimientos con suavidad y sin forzar; interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en la base del pulgar.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación tras un reemplazo articular total trapeciometacarpiano de doble movilidad (Touch). Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que ocurre. A diferencia de la trapeziectomía, el implante es **estable de inmediato y comparte la carga**, por lo que la inmovilización es mínima y la oposición activa se restablece tempranamente. El riesgo temprano específico del implante es **la dislocación si se fuerza a alcanzar rangos de movimiento extremos**; por eso, durante las primeras semanas se evitan posiciones forzadas o en extremos de rango para luego progresar a ejercicios de fortalecimiento con carga una vez que se logre la osteointegración.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe quirúrgico del paciente y su historial médico; además, consulte con el cirujano tratante respecto a la correcta colocación y estabilidad del implante, así como cualquier complicación intraoperatoria. El régimen indicado por el Dr. Hirpara consiste en un vendaje grueso y suave durante 7–10 días, luego un yeso tipo “spica” para el pulgar durante 2–3 semanas, seguido de un yeso nocturno hasta la semana 6 (muñeca en posición neutra, pulgar en abducción palmar media y articulaciones interfalángicas libres). En este procedimiento se conserva el trapecio y se mantiene la longitud del pulgar.

FASE I – PROTECCIÓN (SEMANA 0 HASTA APROXIMADAMENTE 2–3)

Durante las primeras semanas se estabilizan los tejidos blandos y se protege la nueva articulación. El pulgar permanece cubierto con un vendaje grueso y blando, y posteriormente con una férula diurna tipo “spica” para el pulgar, mientras que los dedos, la muñeca y el resto de la mano siguen moviéndose. No se permite realizar esfuerzos con el pulgar ni adoptar posiciones extremas o forzadas (el riesgo temprano específico del implante es la dislocación).

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Inmovilizar la base del pulgar: **vendaje grueso y blando durante 7–10 días → férula diurna tipo “spica” para el pulgar durante unas 2–3 semanas** (muñeca en posición neutra, pulgar en abducción palmar media, articulación interfalángica libre) - **Evitar posiciones extremas o forzadas del pulgar y agarres bruscos**: la dislocación es el riesgo temprano específico del implante - **No realizar esfuerzos con el**

pulgar (ni pellizcos, ni agarres, ni torsiones ni levantamientos) - Mantener el implante sin carga; solo se permite un uso suave y sin carga de la mano

Manejo - Herida: aplicar los vendajes quirúrgicos según indicaciones; vigilar posibles signos de infección - Edema: elevar la mano, realizar movimientos de bombeo suaves y aplicar hielo según sea necesario - Ejercicios: realizar movimientos activos de **articulación interfalángica del pulgar, de los dedos y de la muñeca**; mantener la movilidad de toda la mano; **aún no se permiten movimientos activos en la articulación carpometacarpiana ni en la oposición, ni carga alguna**

Criterios para avanzar - La herida se ha estabilizado; el paciente se siente cómodo; alrededor de la semana 2-3 se retira la férula diurna para iniciar movimientos activos

FASE II: MOVIMIENTO ACTIVO CON FÉRULA NOCTURNA (SEMANA ~2-3 A 6)

A partir de las dos o tres semanas, se retira la férula diurna y se inicia un movimiento activo y suave del pulgar: oposición (según la progresión de Kapandji), abducción palmar y radial, circunducción suave y movilización del espacio interdigital. La férula nocturna se mantiene hasta la semana 6. Se recomienda un uso cotidiano moderado; sin embargo, se deben evitar el agarre fuerte y la pinza hasta ese momento.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Oposición activa del pulgar (puntuación de Kapandji), abducción palmar/radial, ancho del espacio interdigital; dolor e hinchazón; evaluación de la herida y la cicatriz

Educación y precauciones - **Se retira la férula diurna; continúe usando la férula NOCTURNA hasta la semana 6** - Solo se permite movimiento activo sin resistencia del pulgar: no se debe realizar agarre fuerte ni pinza antes de la semana 6 - Mantenga los movimientos dentro de los límites de confort; evite forzar el rango articular

Manejo - Ejercicios: **oposición activa sin resistencia (progresión de Kapandji), abducción palmar y radial, circunducción suave, movilización del espacio interdigital**; uso funcional cotidiano moderado de la mano; iniciar masaje de la cicatriz una vez que la herida haya sanado

Criterios para avanzar - Buena recuperación de la oposición activa; herida completamente cicatrizada; movimiento sin resistencia y sin dolor alrededor de la semana 6

FASE III – CARGA Y FORTALECIMIENTO (A PARTIR DE LA SEMANA 6)

A partir de las seis semanas, el implante ya está osteointegrado y puede soportar carga. Se inicia el fortalecimiento de la pinza y la prensión (pinza con plastilina, pinza con dedos índice y pulgar, fortalecimiento de la oposición), progresando gradualmente. La fuerza muscular seguirá mejorando durante los siguientes 6 a 12 meses.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Fuerza de pinza y prensión con dedos índice y pulgar, comparada con el lado contralateral; capacidad de oposición; respuesta al dolor o hinchazón tras la carga; pruebas funcionales y específicas para el trabajo, según corresponda.

Educación y precauciones - Iniciar **el fortalecimiento progresivo de la pinza y la prensión a partir de las 6 semanas**; aumentar la carga de forma gradual. - Esperar que **la fuerza muscular mejore durante 6–12 meses**; aconsejar paciencia al aplicar cargas más elevadas.

Manejo - Ejercicios: **pinza con plastilina, pinza con dedos índice y pulgar, fortalecimiento de la oposición**, resistencia progresiva; fortalecimiento de la prensión; continuar con ejercicios para mantener la movilidad residual y el trabajo cicatricial. - Considerar el alta terapéutica una vez que la fuerza sea funcional y se haya logrado una recuperación adecuada de la función. - Considerar derivar nuevamente al médico tratante si la recuperación se estanca o si el resultado es insatisfactorio.

Criterios para el alta - Pinza y prensión funcionales, casi simétricas; uso cotidiano y laboral sin dolor.

Retorno al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda realizar actividades cotidianas ligeras con la mano (comer, escribir, cuidados personales básicos) desde el principio, siempre que se haga con comodidad y sin forzar el pulgar ni realizar pinzamientos o agarres fuertes. Dado que no debe conducir hasta que se retire el yeso y pueda agarrar el volante sin dificultad, planifique contar con ayuda para el transporte durante las primeras semanas. **Por lo general, se puede volver a conducir al cabo de cuatro a seis semanas, una vez que pueda agarrar el volante sin dolor, según lo confirma el Dr. Hirpara.**

El trabajo de oficina y las tareas ligeras suelen ser posibles entre dos y cuatro semanas; en cambio, el trabajo manual o más pesado debe esperar hasta las seis semanas, iniciándose entonces de forma gradual, ya que solo a partir de esa fecha se permite realizar pinzamientos y agarres fuertes. La fuerza de la mano seguirá mejorando durante 6 a 12 meses; por ello, las tareas más pesadas y exigentes se retomarán progresivamente, no de golpe, evaluando la respuesta del pulgar junto con el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, y no únicamente en función del calendario.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación que brinda la clínica; 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 el reemplazo de la articulación de la base del pulgar con sistema de doble movilidad; su recuperación continua será supervisada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución de su pulgar.