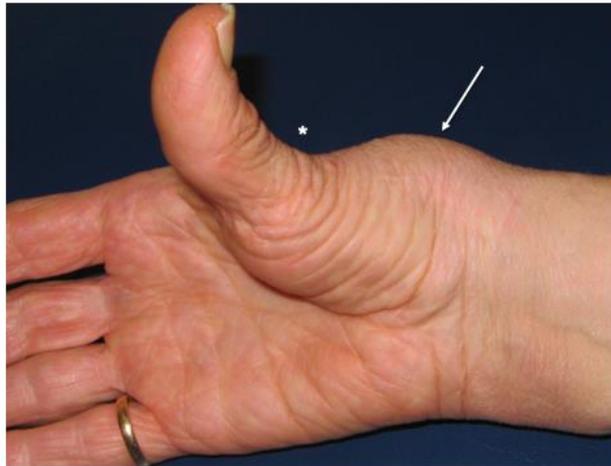


... me han dicho que tengo RIZARTROSIS!

La rizartrrosis es una enfermedad de naturaleza benigna que consiste en la degeneración (envejecimiento) de la articulación trapecio-metacarpiana del pulgar. Es mucho mas frecuente en mujeres en edad perimenopáusica y puede manifestarse de forma muy temprana. Se reconoce una predisposición genética (quizás su madre o hermanas la padecieron) y se relaciona con actividades manuales repetitivas y exigentes. A veces es producto de la evolución de un traumatismo en la mano.

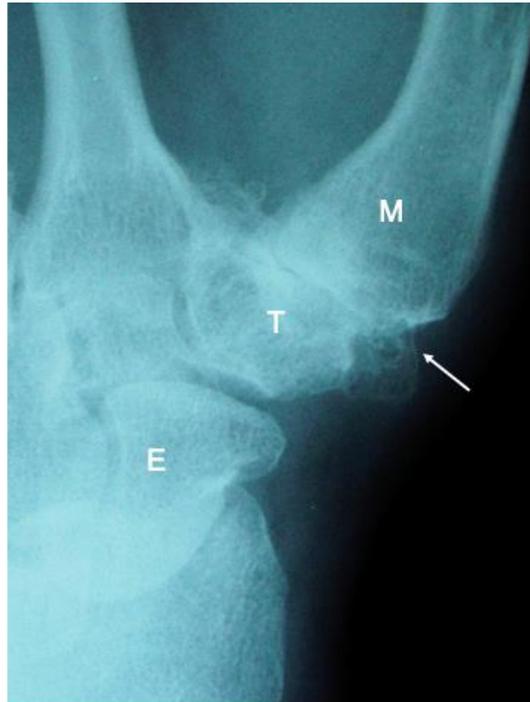


Rizartrrosis con luxación de la base del metacarpiano (flecha) e hiperextensión metacarpofalángica (asterisco).

Se manifiesta como dolor en la base del pulgar y al hacer la pinza con los dedos laterales. Los pacientes se quejan al girar una llave, abrir un tarro, subir la ropa interior, sujetar un plato...Suelen mostrar una deformidad por subluxación del metacarpiano y a veces, una deformidad en “hiperextensión” de la articulación metacarpofalángica del pulgar. En ocasiones, se presenta en el contexto de un paciente con artrosis primaria de tipo nodular y el paciente puede asociar nódulos en las pequeñas articulaciones de los dedos. Es frecuente que el paciente pueda padecer síndrome del túnel del carpo, tendinitis de los tendones del pulgar y/o dedos en resorte, de forma simultánea.

¿Cómo se diagnostica?

Generalmente es suficiente con la entrevista médica, la exploración física (su médico le inspeccionará y practicará un par de maniobras que confirmarán o descartarán su impresión) y unas radiografías, al menos en 2 proyecciones. No es necesario realizar análisis de laboratorio (sangre), ni ecografía, TAC o resonancia magnética. Estas pruebas no aportan información útil y suponen un desembolso económico y una pérdida de tiempo para el paciente.



Rizartrrosis. No queda cartílago en la articulación trapecio metacarpiana (flecha). E: Escafoides. T: Trapecio. M: Metacarpiano

¿Cuál es el tratamiento?

No es una enfermedad “mala” (nadie se muere de esto) aunque puede ser causa de dolor persistente y discapacidad. Hoy por hoy, el cartílago es un tejido que no podemos reparar y el tratamiento es análogo al de la artrosis de otras articulaciones como la rodilla o la cadera. El objetivo será mejorar la calidad de vida del paciente, mediante la reducción del dolor y secundariamente la incapacidad. Habitualmente se propone tratamiento con analgésicos menores, modificación de la actividad, uso de ortesis que estabilicen la columna del pulgar, fisioterapia y reeducación muscular. En las crisis agudas, si el paciente no presenta contraindicaciones médicas, se puede realizar una infiltración intraarticular con corticoides, con una efectividad temporal bastante elevada.

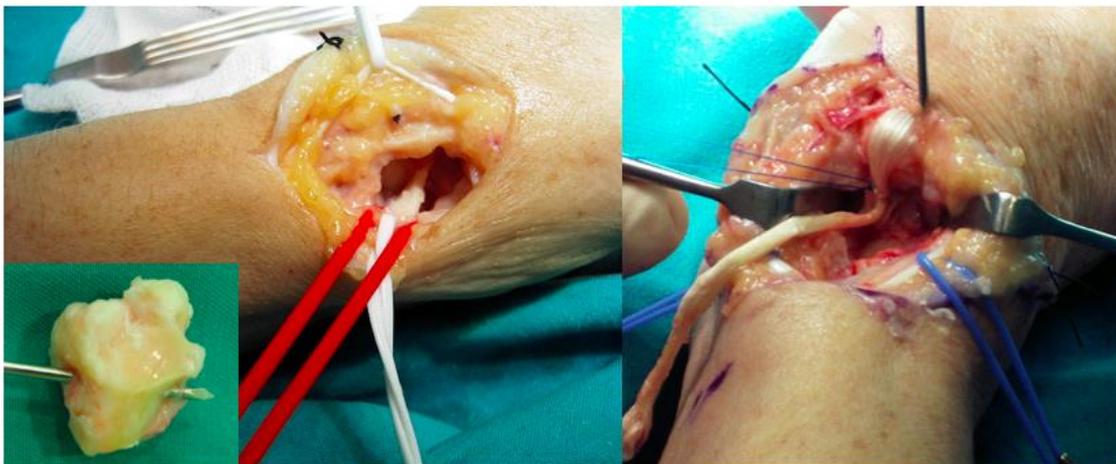
Tratamiento quirúrgico: Cuándo, Cómo y resultados.

Como en una artrosis de cadera o rodilla, si el paciente no responde a las medidas conservadoras referidas y sigue con dolor intenso persistente y dificultad para desarrollar sus actividades de la vida diaria, el paciente puede ser operado si su riesgo anestésico es aceptable. Los procedimientos más realizados son la artrodesis (fusión de los huesos de la base del pulgar, que elimina la movilidad para erradicar el dolor), trapeciectomía con o sin tenosuspensión y la artroplastia con “prótesis”. Cualquiera de estos procedimientos tiene una tasa de éxito por encima del 80% y se puede realizar con anestesia locoregional (sólo dormido el brazo) y en régimen de hospital de “día” (sin ingreso). Algunas complicaciones son comunes, como las que se derivan del procedimiento anestésico, la infección de la herida quirúrgica o la posible lesión de un nervio sensitivo (que produce una cicatriz dolorosa, falta de sensibilidad regional o un

neuroma postraumático) y otras son específicas de cada técnica y se explicarán a continuación. La inmovilización con yeso (unas 4 semanas de media) suele ser necesaria en todas las operaciones.

Artrodesis. Se aconseja en pacientes jóvenes con trabajo de fuerza. Consiste en la fusión del trapecio y el metacarpiano en posición “funcional” del pulgar, lo que permite el agarre y la pinza, pero que limita la movilidad y no todos los pacientes se adaptan. Hay muchas formas de “fijar” el hueso, como placas con tornillos, tornillos aislados o agujas y cerclajes de alambre.

Trapeciectomía. Consiste en extirpar el trapecio, que es uno de los huesos afectados, para eliminar el dolor por el “roce” con el metacarpiano que se apoya sobre él. Al desaparecer el soporte del metacarpiano, este tiende a desplazarse hacia la muñeca (escafoides) con el riesgo de acortamiento del pulgar e inestabilidad, por lo que es muy frecuente “sujetar” el metacarpiano con un tendón (tenosuspensión) sin que por ello ocurra pérdida de función. Es una operación efectiva para quitar el dolor y mantener la movilidad, y teóricamente definitiva, pero como inconvenientes tiene: una recuperación más lenta que la prótesis, resta mucha fuerza a la pinza y si por el motivo que fuese, resulta mal, tiene difícil arreglo.



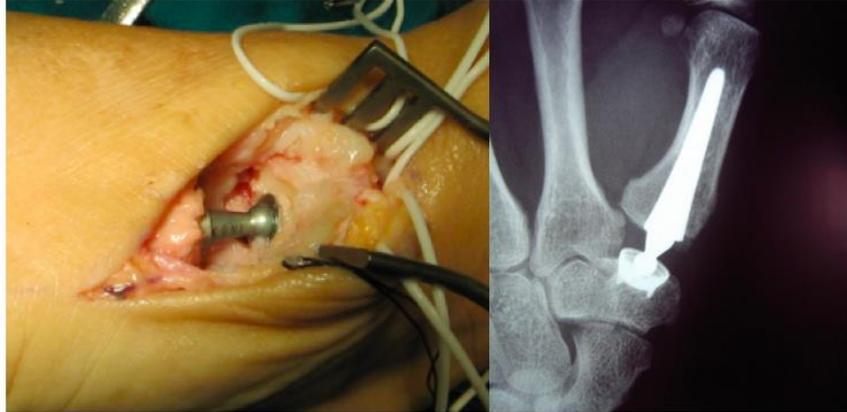
Trapeciectomía y tenosuspensión por técnica de Burton & Pellegrini.



Radiografía postoperatoria. Obsérvese la ausencia del trapecio

Prótesis trapeziometacarpiana. Existen muchos implantes a tal fin. Los primeros fueron los de silicona que diseñara Swanson en la década de los 60 y 70. En la actualidad, casi todas las prótesis son tipo “ball & socket” (como las prótesis de

cadera). Son muy efectivas en el alivio del dolor y prestan una movilidad prácticamente normal. A diferencia de la trapeciectomía, tienen una recuperación más rápida (menos convalecencia) y proporcionan una pinza con fuerza. Si el resultado no es el deseado, se pueden “revisar” mediante una trapeciectomía con facilidad. Los problemas específicos son el riesgo de luxación, el precio del implante y la potencial necesidad de recambio con el paso del tiempo.



Prótesis TM tipo Ball & Socket