

Rizartrosis: sufrir artrosis en el pulgar

El **desgaste** y la desestructuración de la articulación de la base del pulgar (articulación trapeciometacarpiana o ATMC) se denomina **rizartrosis** o artrosis de la base del pulgar. Es una patología que se presenta de forma muy frecuente en la población a partir de los 50 años de edad.



Causas de rizartrosis

La morfología de esta articulación confiere al pulgar una gran movilidad en todos los ejes del espacio (flexión, extensión, abducción, aducción y oposición), lo cual es indispensable para poder desarrollar todas las funciones manuales que requieren nuestras actividades diarias. La demanda funcional constante de esta articulación genera transmisión de presiones continuas, las cuales son mayores cuanto más esfuerzo manual se realiza. Las presiones ejercidas sobre las superficies articulares son el **factor ambiental** que favorece el desgaste del recubrimiento de cartílago con el paso de los años. Esto explica que exista en muchos casos una relación directa entre el tipo de actividad laboral que se ha realizado a lo largo la vida y la aparición de la rizartrosis.

También existe un **factor genético** que predispone a su desarrollo, y por ello la rizartrosis también se presenta en pacientes que no han realizado esfuerzos o actividades repetitivas con las manos.

El desgaste progresivo del cartílago articular provoca una alteración inflamatoria crónica local tanto en el hueso subcondral como en la membrana sinovial que envuelve las articulaciones afectadas, provocando así la aparición del **dolor artrósico**.

Síntomas de artrosis en el pulgar

La rizartrosis se presenta con **dolor** en el margen radial y palmar de la muñeca sobre la articulación TMC. En los inicios el dolor aparece durante la realización de determinados esfuerzos y/o movimientos del pulgar, aunque con el paso del tiempo puede existir dolor incluso en reposo e interrumpir el sueño. Progresivamente se va instaurando una **deformidad** ósea y articular característica que asocia una **rigidez articular e hinchazón** local que limitan la funcionalidad del pulgar y de la mano. La percepción de rigidez y la hinchazón local suelen empeorar con la intensidad de las actividades manuales realizadas.

Opciones de tratamiento para la rizartrosis

La primera estrategia terapéutica para controlar el dolor es el uso de **medicación analgésica y antiinflamatoria** por vía oral. El uso de **férulas ortopédicas** específicas para la inmovilización de la ATMC puede ser inicialmente una estrategia útil para el control del dolor usarlas durante la actividad manual y el descanso nocturno.



La infiltración dentro de la articulación de corticoides es una alternativa que ofrece buenos resultados en cuanto al control del dolor durante periodos de tiempo variables, y se puede plantear como el segundo escalón terapéutico. También se pueden realizar **infiltraciones articulares de ácido hialurónico** como paso previo a tratamientos más agresivos.

Cuando el dolor y la limitación funcional que experimenta el paciente interfieren en el desarrollo de las actividades diarias debe plantearse el tratamiento quirúrgico. La cirugía comprende un amplio abanico de alternativas, que de forma resumida y según las técnicas sean de menos a más invasivas consisten en:

- Limpieza y desbridamiento articular **artroscópicos** en los estadios iniciales
- **Artroplastias de interposición:**
 - o Extirpación total del trapecio con o sin la interposición de un tendón o de un espaciador protésico
- **Artroplastias de interposición-suspensión:**
 - o Extirpación de una parte del hueso trapecio (por cirugía abierta o artroscópica) con o sin la implantación de una sutura de suspensión del primer metacarpiano
 - o Extirpación del trapecio con la realización de una ligamentoplastia de suspensión con un tendón
- **Artroplastias totales protésicas:**
 - o Implantación de una prótesis total trapeciometacarpiana

El resultado de la cirugía por rizartrosis

La elección de la técnica quirúrgica depende de varios factores a considerar en cada paciente como la edad, el grado de artrosis (clasificación de Eaton), la deformidad ósea existente, el nivel funcional requerido y la coexistencia de otras enfermedades. Por este motivo es imprescindible una evaluación individualizada de cada caso y planear el tratamiento quirúrgico en función del contexto de cada paciente.

Las técnicas quirúrgicas tienen un resultado **favorable** para el control del dolor y la recuperación de la movilidad activa del pulgar. Las cirugías abiertas se pueden realizar con una incisión de entre 3 y 4 cm de longitud; la técnica artroscópica se realiza mediante 2 pequeñas incisiones de menos de 0.5cm (portales artroscópicos). El acortamiento del eje longitudinal del pulgar al extirpar el hueso trapecio puede ser la causa de una pérdida de fuerza de prensión del mismo. El desarrollo de múltiples técnicas que pretenden sostener el primer metacarpiano en su posición original (suspensiones ligamentosas con tendones, con suturas o espaciadores protésicos) tiene por objetivo reducir ese efecto. La implantación de

prótesis total TMC tiene como ventaja una recuperación funcional rápida sin apenas afectación de la fuerza (mantiene la longitud del pulgar).

