

ANALES MEDICOS

Volumen **44**
Volume

Número **4**
Number

Enero-Marzo **1999**
January-March

Artículo:

Tratamiento del pulgar en la artritis reumatoide

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.Medigraphic.com

Tratamiento del pulgar en la artritis reumatoide

Juan Manuel Fernández Vázquez,* Carlos Rafael Procell Villalobos*

RESUMEN

La artritis reumatoide lesiona al pulgar en un 60% de los casos y repercute en las actividades cotidianas del paciente. Las deformidades más frecuentes son la de Boutonniere y la de cuello de cisne. Fueron estudiados 70 pacientes con artritis reumatoide en el Hospital ABC de 1971 a 1999, de los cuales 42 presentaban deformidades en el pulgar. Los casos fueron clasificados con base en lo propuesto por Nalebuff. Veintisiete pacientes recibieron tratamiento conservador, mientras que 15 fueron tratados de manera quirúrgica de acuerdo a lo indicado por Flatt, obteniéndose buenos resultados.

Palabras clave: Artritis reumatoide, deformidades del pulgar, deformidad de Boutonniere, deformidad en cuello de cisne.

ABSTRACT

The thumb finger is affected in 60% of the patients with rheumatoid arthritis; their daily life activities is compromised. Boutonniere and swan neck are the most frequent deformities. We studied 70 patients with rheumatoid arthritis from 1971 to 1999 in the ABC Hospital; 42 of these patients had deformities of the thumb, and they were classified according to Nalebuff. Orthopaedic treatment was given to 27 patients and 15 where treated surgically according to Flatt obtaining good results.

Key words: Rheumatoid arthritis, deformities of the thumb, Boutonniere deformitie, swan neck deformitie.

INTRODUCCIÓN

Las deformidades del pulgar son frecuentes en la artritis reumatoide y más de dos tercios de los pacientes tendrán limitación funcional en grado variable. Brewerton¹ la encontró en 68%. Pulkki detectó en 500 pacientes, 35% con limitación a la oponencia, 45% con inestabilidad de la articulación metacarpofalángica y 10% de la articulación interfalángica; 33% tendrán lesión importante en la articulación carpometacarpiana.

Las deformidades se producen porque la sinovitis ocasiona laxitud de la cápsula y ligamentos, lo que lesiona la superficie articular, produciendo cambios en la postura de las articulaciones. El tratamiento consiste en antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), esteroides intraarticulares, hidroterapia, feru-

lización y cirugía. No todas las deformidades ameritan tratamiento quirúrgico.

El cuadro clínico es dolor y deformidad. El dolor se asocia a actividades que requieren una carga longitudinal al metacarpiano, como el tomar una llave o abrir un tarro. Puede haber limitación para escribir, coser o realizar otras actividades y, en etapas avanzadas, debilidad con la tendencia a tirar objetos. El pulgar desarrolla una deformidad en zigzag, lo cual restringe más su función.

El examen físico evidencia dolor, crepitación e inestabilidad a la prueba de "cepillo" que se realiza al aplicar una carga longitudinal al primer metacarpiano, mientras se rota la articulación del pulgar. Es importante asesorar la fuerza de prensión y pinza, así como la sensibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio, en el Hospital ABC y en la consulta privada de 1971 a 1999, en el que fueron evaluados 70 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide con deformidades presentes en muñeca y mano, 42 de los cuales presentaban deformidad del pulgar.

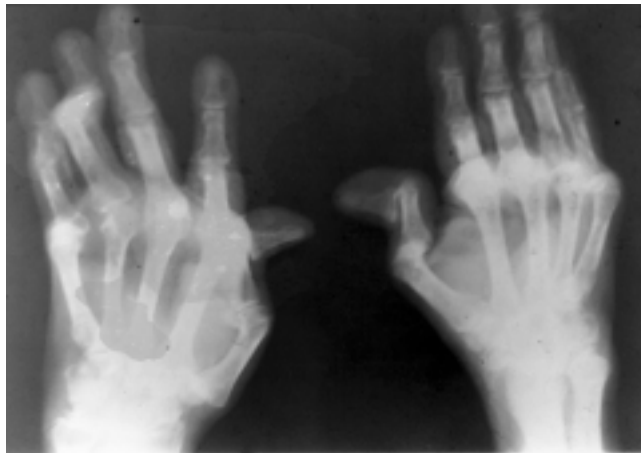
* Traumatología y Ortopedia, Hospital ABC.

Recibido para publicación: 01/08/99. Aceptado para publicación: 01/12/99.

Dirección para correspondencia: Juan Manuel Fernández Vázquez
Hospital ABC, Torre de Consultorios, Consultorio 205
Sur 136 núm. 116, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.
Tels: 5272-25-05 y 5272-31-82.

Figura 1.

Deformidad de Boutonniere (obsérvese la luxación de la articulación metacarpofalángica e interfalángica).

**Figura 2.**

Se analizaron factores dependientes: edad y sexo, así como factores independientes: lado, tipo, deformidades asociadas en la mano, tratamiento y resultados.

Nalebuff² propuso la clasificación de las deformidades del pulgar en la artritis reumatoide en 1968, describiendo tres tipos y, en 1984, la modificó agregando dos más.

Tipo I: Deformidad de Boutonniere. Subluxación palmar de la falange proximal e hiperextensión de la articulación interfalángica (*Figura 1*).

Tipo II: Flexión de la articulación metacarpofalángica con hiperextensión de la articulación interfalángica y subluxación asociada o luxación de la articulación carpometacarpiana (*Figura 2*).

Tipo III: Deformidad en cuello de cisne. Subluxación o luxación dorsal y radial de la articulación

carpometacarpiana. Contractura en aducción del primer metacarpiano,³ hiperextensión de la articulación metacarpofalángica⁴ y flexión de la interfalángica (*Figura 3*).

Tipo IV: Laxitud ligamento cubital metacarpofalángico (deformidad de Gamekeeper). Abducción de la articulación metacarpofalángica con aducción del metacarpiano del pulgar (*Figura 4*).

Tipo V: Hiperextensión de la articulación metacarpofalángica y flexión de la articulación interfalángica sin subluxación o luxación carpometacarpiana.

**Figura 3.** Deformidad en cuello de cisne.**Figura 4.**

Laxitud ligamento cubital metacarpofalángico (deformidad de GameKeeper).

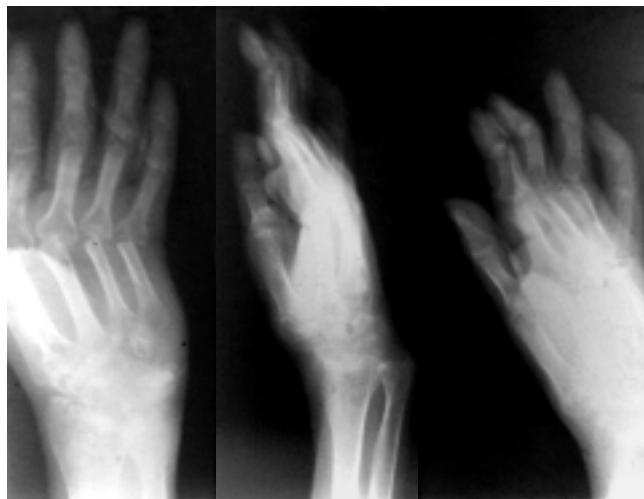


Figura 5. Artrodesis de la articulación interfalángica.

Tratamiento de acuerdo a Flatt⁵ con respecto a la clasificación de Nalebuff²

Tipo I: Se divide en tres etapas: leve, moderada y severa. En la etapa leve, la hiperextensión de la articulación interfalángica y la subluxación de la metacarpofalángica pueden ser corregidas con tratamiento conservador (ferulización, AINEs y esteroides intraarticulares).

En la etapa moderada, si la articulación metacarpofalángica no se encuentra completamente rígida, se puede realizar sinovectomía, reconstrucción del aparato extensor y plastia de los ligamentos colaterales. En caso contrario se recomienda artrodesis.

En la etapa avanzada el tratamiento varía de acuerdo a la lesión de las articulaciones. Si la articulación metacarpofalángica se encuentra lesionada, se realiza la artrodesis. Si ambas articulaciones, la interfalángica y la metacarpofalángica se encuentran lesionadas, se recomienda la artrodesis de la interfalángica y artroplastia con prótesis de la metacarpofalángica (*Figura 5*).

Tipo II: Sinovectomía de la articulación metacarpofalángica y artrodesis de la interfalángica. En casos avanzados, se recomienda artrodesis de la metacarpofalángica (*Figura 6*).

Tipo III: Se divide en tres etapas: leve, moderada y severa.

En la etapa leve el tratamiento primario es conservador (ferulización, AINEs y esteroides intraarticulares).

En la etapa moderada, el tratamiento es la artroplastia de la articulación carpo metacarpiana, y la tenodesis en flexión de la articulación metacarpofalángica o artrodesis (*Figura 7*).

La etapa más incapacitante es la avanzada. Se recomienda hemiarthroplastia carpometacarpal con liberación de la fascia dorsal y Z-plastia del primer espacio. La hiperextensión de la articulación metacarpofalángica se trata mejor con artrodesis.⁶

Tipo IV: El tratamiento consiste en estabilizar la articulación metacarpofalángica con reconstrucción del ligamento colateral cubital y Z-plastia del primer espacio. En casos más avanzados, se recomienda artrodesis.

Tipo V: Estabilizar la articulación metacarpofalángica en flexión ya sea por capsulodesis o artrodesis.



Figura 6. Artrodesis de la articulación interfalángica y metacarpofalángica.



Figura 7. Plastia articulación metacarpofalángica y artrodesis interfalángica.

RESULTADOS

Fueron estudiados 42 pacientes, 36 mujeres y seis hombres, con edades entre los 22 y 65 años (promedio de 43 años). En total se presentaron 84 pulgares con deformidades. La distribución, de acuerdo a la clasificación de Nalebuff,² fue la siguiente:

Del tipo I se registraron 19 casos; de éstos, ocho fueron leves, nueve moderados y dos severos. Del tipo II fueron consignados 10 casos. Al tipo III correspondieron 28 casos: 16 leves, seis moderados y seis severos. Del tipo IV hubo cuatro casos y del tipo V se presentaron 23.

De los 84 casos, 54 recibieron tratamiento conservador con fisioterapia en casa, ferulización o esteroides locales, ya fuera por rehusar el tratamiento quirúrgico, o bien porque el grado de deformidad y limitación funcional no ameritaban tratamiento quirúrgico.

Treinta casos ameritaron tratamiento quirúrgico. En 22 se realizó artrodesis metacarpofalángica, en cuatro artrodesis interfalángica y en los cuatro restantes artrodesis de ambas articulaciones. La distribución de los casos quirúrgicos de acuerdo al tipo de deformidad se muestra en el *cuadro I*.

Los clavos se retiraron cuando se observó consolidación radiográfica. No hubo complicaciones. Todas las artrodesis consolidaron y todos los pacientes obtuvieron mejoría en la pinza pulgar-índice y en la prensión.

DISCUSIÓN

El 40% de la función de la mano está dada por el pulgar, por lo que las deformidades producidas por la enfermedad reumatoidea repercuten en las actividades de la vida diaria. Es importante evaluar estas deformidades ya que de ello dependerá el tratamiento.

Nalebuff² señala que las deformidades que se presentan con mayor frecuencia son del tipo I (deformidad de Boutonniere) y del tipo III (deformidad en cuello de cisne).

En el tipo I, el tratamiento recomendado por Nalebuff⁶ es artrodesis de la articulación metacarpofalángica y de la interfalángica; sin embargo, Ratliff⁷ refiere que no ha encontrado ninguna indicación para realizar artrodesis de ambas articulaciones, ya que se limita la función del pulgar.

En la deformidad tipo III, Clayton⁸ describe una contractura en aducción de los músculos, lo que dificulta la abducción del metacarpiano. Kessler⁴ encontró contractura y acortamiento de la fascia que cubre a estos músculos. En nuestro estudio, a ninguno de los pacientes se le realizó apertura del primer espacio.

Cuadro I. Tratamiento quirúrgico y distribución de los casos en los que se aplicó (clasificados por tipo de deformidad de acuerdo a lo señalado por Nalebuff²).

Artrodesis metacarpofalángica	
Tipo I, etapa severa	1
Tipo II	2
Tipo III, etapa severa	6
Tipo IV	3
Tipo V	10
Total	22
Artrodesis interfalángica	
Tipo II	1
Tipo V	3
Total	4
Artrodesis de ambas articulaciones	
Tipo I, etapa severa	1
Tipo II	1
Tipo V	2
Total	4

Para el tratamiento de la deformidad tipo III en etapas moderada o severa, Millender y Nalebuff⁹ recomiendan la artroplastia de la articulación carpo-metacarpiana con reemplazo total del trapecio; mientras que Green¹⁰ recomienda la hemiarthroplastia con un implante convexo o cóncavo de silicón, ya que la artroplastia tiene un alto índice de luxación, asociado a la lesión capsular y ósea. En este estudio no se realizó ninguna hemi o artroplastia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brewerton DA. Pathological anatomy of rheumatoid arthritis. *Sem Arthritis Rheum* 1967; 5: 327-363.
2. Nalebuff EA. Diagnosis, classification and management of rheumatoid thumb deformities. *Bull Hosp Joint Dis* 1968; 29: 119-137.
3. Swanson AB. Disabling arthritis at the base of the thumb. Treatment by resection of the trapezium and flexible (silicone) implant arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1972; 54 A: 456-471.
4. Kessler I. Aetiology and management of adduction contracture of the thumb in rheumatoid arthritis. *Am J Occup Ther* 1970; 24: 294-297.
5. Adrian E Flatt. *The care of the arthritic hand*. 5th ed. USA: Quality Medical Publishing, 1995: 337-341.
6. Nalebuff EA. Metacarpophalangeal surgery in rheumatoid arthritis. *Surg Clin North Am* 1969; 49: 823-832.
7. Ratliff AHC. Deformities of the thumb in rheumatoid arthritis. *Hand* 1971; 3: 138-143.
8. Clayton ML. Surgery of the thumb in rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg* 1962; 44 A: 1376-1386.
9. Millender LH, Nalebuff EA, Amadio P et al. Interpositional arthroplasty for the rheumatoid carpo-metacarpal joint disease. *J Hand Surg* 1978; 3: 533-541.
10. Green DP. *Operative hand surgery*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone 1988: 1744-1749.