

Rizartrosis tratada mediante cirugía artroscópica: Resultados y consideraciones

CMC arthritis treated with arthroscopic surgery: outcomes and considerations

Dr. Gerson J Molina¹ , Dra. Rosa E Barajas² , Dra. María A Ganem³ .

Fecha de recepción: 09/2025. Fecha de aceptación: 01/2026.

Resumen

Objetivo: evaluar la eficacia de la sinovectomía articular, resección de osteofitos y resuperficialización del trapecio artroscópicamente, plicatura capsular térmica de los ligamentos más importantes mediante uso de radiofrecuencia (Microvaper), interposición del Tendón del Palmaris Longus todo esto asociado a distracción de la articulación TM con aguja de Kirschner. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo y longitudinal. Se incluyeron seis pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de rizartrosis, intervenidos mediante técnica artroscópica. Se recolectaron datos pre y postoperatorios de dolor (EVA), fuerza de pellizco y prensión, y seguimiento clínico y radiológico hasta por 36 meses. Se aplicaron pruebas t de Student. **Resultados:** El dolor disminuyó significativamente de $7,17 \pm 0,75$ a $4,33 \pm 1,03$ ($p < 0,0001$). La fuerza de pellizco aumentó de $4,75 \pm 1,21$ a $6,9 \pm 1,2$ kg ($p = 0,001$) y la fuerza de prensión de $17 \pm 4,34$ a $22 \pm 5,22$ kg ($p < 0,0001$). El seguimiento fue de $25,7 \pm 9,4$ meses; la satisfacción se alcanzó en promedio a los $130 \pm 67,5$ días. El acortamiento radiográfico fue de $2,1 \pm 0,8$ mm, sin subluxación del primer metacarpiano. No se reportaron infecciones ni morbilidad en el sitio donante. Las complicaciones fueron menores y transitorias. **Conclusiones:** La artroscopia trapeciometacarpiana con interposición tendinosa es una técnica segura, mínimamente invasiva y eficaz para el tratamiento de la rizartrosis, con buenos resultados funcionales y alta satisfacción a largo plazo. **Rev Venez Cir Ortop Traumatol, 2025, Vol 57 (2): 116-124.**

Palabras Clave: Rizartrosis; Artroscopia; Trapecio; Dolor de mano; Cirugía mínimamente invasiva.

Nivel de evidencia: IV (serie de casos prospectiva sin grupo control).

Abstract

Objective: To evaluate the efficacy of joint synovectomy, osteophyte resection, and arthroscopic resurfacing of the trapezium, combined with thermal capsular plication of key ligaments using radiofrequency (MicroVaper), interposition of the Palmaris longus tendon, and distraction of the trapeziometacarpal (TM) joint using a Kirschner wire. **Materials and Methods:** Prospective and longitudinal study. Six patients with clinically and radiologically confirmed thumb carpometacarpal (CMC) osteoarthritis were included and treated with an arthroscopic technique. Pre- and postoperative data were collected on pain (VAS), pinch strength, and grip strength, along with clinical and radiological follow-up for up to 36 months. Paired Student's t-tests were applied for statistical analysis. **Results:** Pain significantly decreased from 7.17 ± 0.75 to 4.33 ± 1.03 ($p < 0.0001$). Pinch strength increased from 4.75 ± 1.21 to 6.9 ± 1.2 kg ($p = 0.001$), and grip strength improved from 17 ± 4.34 to 22 ± 5.22 kg ($p < 0.0001$). The mean follow-up was 25.7 ± 9.4 months; clinical satisfaction was achieved at an average of 130 ± 67.5 days. Radiographic shortening was 2.1 ± 0.8 mm, with no metacarpal subluxation. No infections or donor site morbidity were reported. Postoperative complications were minor and transient. **Conclusions:** Arthroscopic trapeziometacarpal surgery with tendon interposition is a safe, minimally invasive, and effective technique for treating thumb CMC osteoarthritis, providing significant functional improvement and high long-term patient satisfaction. **Rev Venez Cir Ortop Traumatol, 2025, Vol 57 (2): 116-124.**

Key Words: Thumb carpometacarpal osteoarthritis; Arthroscopy; Trapezium; Hand pain; Minimally invasive surgical procedures.

Level of evidence: IV (prospective case series without control group).

Introducción

La osteoartritis carpometacarpiana del pulgar (CMC) es una de las más comunes, se estima que afecta hasta al 66% de las mujeres y al 25% de los hombres a los 80 años de edad. Se caracteriza por dolor en

¹Cirujano de la Mano y Reconstructivo de Miembro Superior. Fundación Hospital San Antonio de Tárriba, Táchira, Venezuela. ²Residente de Traumatología. Post grado de Traumatología y Ortopedia ULA Táchira. ³Médico Cirujano. Servicio de Cirugía Reconstructiva, Fundación Hospital San Antonio de Tárriba, Táchira, Venezuela. Instituciones que apoyan este estudio: Fundación Hospital San Antonio de Tárriba. San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela.

Autor de correspondencia: Dr. Gerson J Molina, email: cirugiadelamanotachira@gmail.com

Conflictos de interés: Este estudio no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros ni personales relacionados con los dispositivos, técnicas o instituciones mencionadas en este manuscrito.

el pulgar, debilidad en la fuerza de agarre y pellizco y pérdida de función. Después del fracaso del tratamiento no quirúrgico, existen muchas opciones de tratamiento, incluida la osteotomía metacarpiana, artrodesis, reconstrucción de ligamentos con interposición tendinosa (LRTI), artroplastia con implantes, plastia de suspensión con un tendón, y reconstrucción con sistema de banda tensión. Muchos de los tratamientos más utilizados son procedimientos abiertos que implican una trapezoidectomía con o sin reparación capsular/ligamentosa y con o sin interposición. Sin embargo, los procedimientos abiertos son más invasivos, y estos procedimientos a menudo se consideran algunos de los más dolorosos realizados por cirujanos de mano en el postoperatorio temprano. Las técnicas artroscópicas desarrolladas más recientemente ofrecen varias ventajas sobre sus contrapartes abiertas. Potencialmente superan algunos de los problemas, evitan una capsulotomía y una alteración más extensa de los tejidos blandos y, al mismo tiempo, preservan la anatomía nativa para proporcionar estabilidad y potencialmente una recuperación acelerada.

La artroscopia de las pequeñas articulaciones de la muñeca y la mano se describió por primera vez a finales de los años 1970. Sin embargo, su popularidad comenzó a aumentar notablemente en 1996 después de que Menon¹ publicara el primer artículo sobre el uso de la artroscopia para la primera articulación CMC. La artroscopia de la articulación CMC del pulgar se ha utilizado para sinovectomía, extirpación de cuerpos libres, tratamiento de la artritis CMC del pulgar y para ayudar con la reducción y fijación de fracturas. La trapezoidectomía con o sin interposición/

ligamentoplastia se considera "el estándar de oro" del tratamiento quirúrgico para la osteoartritis avanzada y dolorosa de la articulación CMC del pulgar. Se supone que la artrodesis de la articulación trapeziometacarpiana o la implantación de una prótesis son eficaces. Sin embargo, estos procedimientos quirúrgicos alteran la integridad anatómica y funcional del pulgar, ya que la convalecencia postoperatoria y el regreso al trabajo a veces demoran varias semanas. Se introdujeron materiales de interposición artificiales, como implantes de ácido poliláctico o productos Gore-Tex, mientras que todavía se utilizan tejidos de interposición biológicos, como injertos de tendones autólogos. La hipótesis planteada es que el desbridamiento del cartílago lesionado del trapecio, combinada con la plicatura capsular térmica, la interposición articular mediante uso del palmaris longus y la fijación temporal con alambre de Kirschner como soporte, realizada con la ayuda de artroscopia y fluoroscopia, minimizaría las complicaciones asociadas con procedimientos más invasivos, pero produciría una alta satisfacción del paciente varios años después.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio prospectivo y longitudinal en pacientes con diagnóstico clínico radiológico de Rizartrosis sintomática de al menos 24 meses de evolución presentando dolor intenso, crujido local, limitación funcional para la abducción y aducción máxima en dicho pulgar, con signos clínicos de deformidad en base de pulgar izquierdo ("signo del hombro"), signo del pistón o

compresión muy positivo en articulación Trapeciometacarpiana, tendencia a la hiperextensión compensatoria de la articulación interfalángica distal del pulgar, pérdida de fuerza para pinza distal. Se realizaron estudios radiológicos de ambas manos mediante RX simples AP, oblicuas y proyección de Roberts para ambos Trapecios diagnosticando rizartrrosis base de pulgar, clasificándola de acuerdo a estadios de Eaton-Littler.

El objetivo principal fue evaluar la eficacia de la sinovectomía articular, resección de osteofitos y resuperficialización del trapecio artroscópicamente, plicatura capsular térmica de los ligamentos más importantes mediante uso de radiofrecuencia (Microvaper), interposición del Tendón del Palmaris Longus todo esto asociado a distracción de la articulación TM con aguja de Kirschner. Analizamos los siguientes datos recopilados antes y después de la operación: fuerzas clave de pellizco y agarre y dolor en una escala visual analógica (EVA). El seguimiento sistemático de los pacientes se realizó a las 6 semanas, luego a los 3 meses, 6 meses y 2 años. Los

datos utilizados para el estudio fueron los más recientes de los registros médicos.

Protocolo de trabajo y Técnica Quirúrgica

Los pacientes del estudio fueron sometidos a cirugía bajo anestesia regional y 2,5 kg de distracción vertical del pulgar utilizando una trampa para dedos chinas y una configuración de suspensión. Se administró cefalotina sódica intravenosa (1,0 g) antes de aplicar un torniquete. Para la artroscopia, configuramos un portal radial (1-R) y uno cubital (1-U) y utilizamos una óptica de ángulo de 30 grados de calibre 2,4 mm (Dyonics). La distensión de la articulación se consigue mediante inyección percutánea de suero fisiológico. Se realizó una incisión pura en piel sobre el portal de 1 U (menos de 3 mm) para introducir el trocar roma después de una cuidadosa disección de los tejidos blandos. Luego se realizó la inserción atraumática de un artroscopio de 2,4 mm y se inspeccionaron las estructuras articulares. Un segundo portal el 1-R, se definió mediante transiluminación y podría servir como portal instrumental (Figura 1).

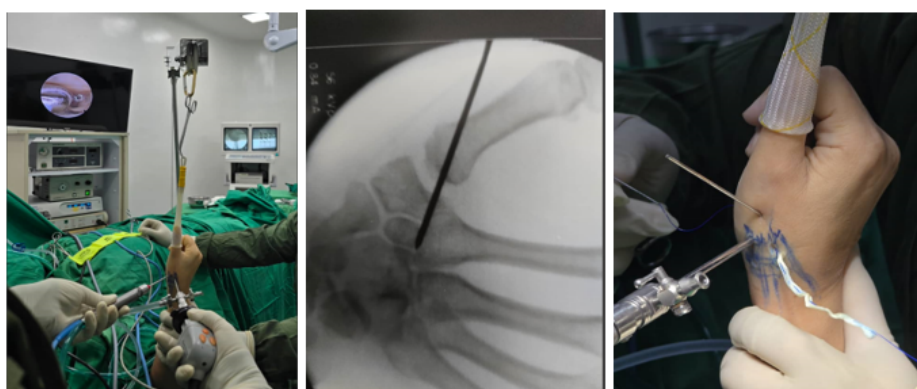


Figura 1: Técnica quirúrgica asistida por artroscopia y fluoroscopia.

La articulación trapeciometacarpiana del pulgar se desbridó utilizando una afeitadora de radio completo de 2,3 mm (Dyonics). El desbridamiento incluyó sólo la resección de la sinovitis y la eliminación de cuerpos libres laxos. La resuperficialización del hueso subcondral desnudo usando una fresa motorizada de 3 mm indujo un "rocío de sangre" destinado a promover el nuevo crecimiento del fibrocartilago.

Se aplicó una sonda de contracción capsular térmica al ligamento oblicuo anterior (AOL) superficial y profundo, al ligamento colateral cubital, al ligamento oblicuo posterior, al ligamento radial dorsal y a la cápsula. Una vez considerada satisfactoria la resección y realizado un buen lavado articular, se mantuvo la tracción de la extremidad y se colocó un alambre de Kirschner bajo control fluoroscópico para mantener el espacio articular y permitir la introducción del tendón del Palmaris longus. En esta distracción transarticular (la llamada técnica de Wiggins): se deja el brazo en tracción y, mediante un conductor motorizado, se introduce una aguja de Kirschner desde la base del metacarpiano hasta el cuerpo del trapecio.

El tendón del Palmaris Longus se cosechó mediante técnica percutánea en cara anterior de antebrazo izquierdo. Fue introducido a través de los portales previamente establecidos. Finalmente se retira la torre de tracción y se suturan las heridas con puntos simples. Se deja vendaje estéril y férula semirrígida en columna del pulgar. La valoración de los pacientes se realizó a la 1era, 3era y 6ta semana de post operatorio, y control radiológico antes de retirar el Alambre de Kirschner (6ta semana). Una vez retirado el alambre de

Kirschner realizó rehabilitación en centro especializado para tal fin. Los controles clínicos y radiológicos se siguieron durante 20 meses.

Técnicas de análisis y recolección de datos

La información se recopiló en fichas, que incluyeron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de seguimiento postoperatorio. El dolor fue evaluado utilizando la Escala Visual Análoga (EVA), y la función manual mediante dinamometría estandarizada para fuerza de prensión y fuerza de pellizco. Se comprobó el ajuste de las variables numéricas a la distribución normal con la prueba de Shapiro-Wilk, y posteriormente se aplicaron pruebas t de Student para muestras relacionadas o prueba de Wilcoxon según la distribución de los datos. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El procesamiento de los datos se realizó con el software estadístico IBM SPSS versión 23.0 (IBM Inc., Nueva York, EE. UU.).

Requisitos éticos

El estudio fue aprobado por el comité ético del hospital San Antonio de Táriba cumpliendo con los principios de la Declaración de Helsinki y las directrices éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

Resultados

La muestra estuvo conformada por seis pacientes (6 pulgares), con una edad promedio de $61,2 \pm 8,4$ años (rango 47-72), sin diferencias estadísticamente

significativas entre sexos ($p = 0,816$; prueba t). Predominó el sexo femenino ($n=4$; 66,7%). En cuanto a la profesión, se observaron distribuciones similares entre docentes (33,3%) y médicos (33,3%). La mayoría de los pacientes eran diestros ($n=5$; 83,3%). Respecto a la mano afectada, la distribución fue equitativa entre izquierda y derecha (50% cada una); sin embargo, todos los pacientes masculinos presentaron afectación derecha. Según la clasificación radiológica de Eaton, la mayoría de los casos correspondieron a estadio III (66,7%) (Tabla 1).

Respecto al anestesia utilizada, predominó la anestesia regional endovenosa (EV), empleada en el 66,7% de los procedimientos, mientras que la anestesia general se utilizó en el 33,3% (Tabla 2). Todos los procedimientos fueron realizados de forma ambulatoria (100%).

Se evidencia una mejora estadísticamente significativa en todos los parámetros funcionales postoperatorios evaluados. El

Tabla 2: Variables quirúrgicas.

		Frecuencia	Porcentaje
Centro Médico	Fundación hospital San Antonio de Táriba	6	100,0%
Anestesia Usada	General	2	33,3%
	Regional EV	4	66,7%
Ambulatorio	Si	6	100,0%

dolor, medido mediante la escala visual análoga (EVA), mostró una reducción significativa, pasando de una media de $7,17 \pm 0,75$ a $4,33 \pm 1,03$ postoperatoriamente ($p < 0,0001$). En cuanto a la fuerza de pellizco, esta aumentó de $4,75 \pm 1,21$ kg a $6,9 \pm 1,2$ kg ($p = 0,001$), mientras que la fuerza de prehensión mejoró de $17 \pm 4,34$ kg a $22 \pm 5,22$ kg ($p < 0,0001$). Estos resultados reflejan un efecto positivo del procedimiento artroscópico sobre la funcionalidad y el control del dolor en pacientes con rizartrosis, con diferencias clínicamente relevantes y estadísticamente significativas (Tabla 3).

El seguimiento promedio fue de $25,7 \pm 9,4$ meses (aproximadamente 1,8 años), durante el cual ninguno de los pacientes requirió ni manifestó el deseo de someterse a una nueva cirugía en el pulgar operado (Tabla 4). El retorno al trabajo ocurrió, en promedio, a las 8 semanas postoperatorias. En cuanto a la evolución radiológica, se compararon radiografías preoperatorias, fluoroscopias intraoperatorias y radiografías a los 3 meses. Se resecoó aproximadamente el 20% del trapecio distal, observándose una reducción del espacio articular de 2,0 mm (rango: 0–4 mm) en dicho periodo. El

Tabla 1: Características de la muestra estudiada.

		Total	Femenino (n=4;66,7%)	Masculino (n=2;33,3%)
Edad (Media±DE)		61,2±8,4	60,5±10,7	62,5±2,1
Profesión (n,%)	Comerciante	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (50%)
	Docente	2 (33,3%)	2 (50%)	0 (0%)
	Enfermera	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)
Dominancia (n,%)	Médico	2 (33,3%)	1 (25%)	1 (50%)
	Derecha	5 (83,3%)	3 (75%)	2 (100%)
Mano Afectada (n,%)	Izquierda	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)
	Derecha	3 (50%)	1 (25%)	2 (100%)
Clasificación RX (n,%)	Izquierda	3 (50%)	3 (75%)	0 (0%)
	II	2 (33,3%)	2 (50%)	0 (0%)
	III	4 (66,7%)	2 (50%)	2 (100%)

Tabla 3: Evaluación funcional preoperatoria y postoperatoria.

Variable	Mínimo	Máximo	Media±DE	p valor*
EVA Preoperatoria	6	8	7,17±0,75	<0,0001
EVA Postoperatoria	3	6	4,33±1,03	
Fuerza Pellizco Preoperatoria (kg)	3,5	6,5	4,75±1,21	0,001
Fuerza Pellizco Postoperatoria (kg)	5,2	8,4	6,9±1,2	
Fuerza de Prehensión Preoperatoria (kg)	12	24	17±4,34	<0,0001
Fuerza de Prehensión Postoperatoria (kg)	16	30	22±5,22	

*Prueba t para dos muestras relacionadas.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

acortamiento radiográfico promedio fue de 2,1±0,8 mm (rango: 1,5-3,5). Las pacientes de sexo femenino requirieron en promedio más sesiones de fisioterapia (28,8±8,5) en comparación con los varones (17,5±3,5). La satisfacción clínica se alcanzó en promedio

a los 130±67,5 días postoperatorios, siendo más tardía en mujeres (150±77,5 días).

Las complicaciones observadas fueron leves y diversas: crujido doloroso, hematoma, dolor articular (AK o TPCMTC), pérdida de fuerza

Tabla 4: Variables postoperatorias.

	Total	Sexo		
		Femenino	Masculino	
Seguimiento en meses (Media±DE)	25,7±9,4	26,5±7	24±17	
Acortamiento RX Post MM (Media±DE)	2,1±0,8	2,2±0,9	1,9±0,5	
Sesiones de fisioterapia (Media±DE)	25±8,9	28,8±8,5	17,5±3,5	
Días de Inicio de Satisfacción (Media±DE)	130±67,5	150±77,5	90±0	
Complicaciones (n,%)	Crujido con dolor	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)
	Dolor hematoma pulgar	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)
	Dolor en AK	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (50%)
	Leve dolor TPCMTC	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (50%)
	Pérdida de fuerza pinza fuerte	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)
	Sin mejoría de síntomas pre cirugía hasta 6 meses	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)
	4	3 (50%)	2 (50%)	1 (50%)
Consultas Postoperatorias (n,%)	5	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (50%)
6	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)	
8	1 (16,7%)	1 (25%)	0 (0%)	

y persistencia de síntomas hasta los seis meses, cada una representando el 16,7% de la muestra. No se evidenció subluxación del primer metacarpiano. En las radiografías de control final, se documentó un hundimiento proximal de la diáfisis metacarpiana de 1,8 mm en comparación con la fluoroscopia posoperatoria inmediata. En términos clínicos, no se reportó inestabilidad articular ni complicaciones relacionadas con el sitio donante, y tampoco se presentaron infecciones. Aunque la mejoría funcional y la reducción del dolor fueron evidentes en los primeros meses, la satisfacción global se logró progresivamente entre los 7 y 12 meses posteriores a la cirugía. El control clínico se mantuvo adecuado: la mitad de los pacientes asistió a cuatro consultas postoperatorias, y solo uno requirió ocho visitas. Estos resultados confirman una recuperación funcional progresiva, con alta viabilidad quirúrgica y complicaciones controladas.

Discusión

La artritis CMC del pulgar es una de las afecciones artríticas más comunes de la mano, que ocurre en más del 80% de las personas a los 70 años de edad. Se ha demostrado que las intervenciones quirúrgicas que involucran la artroplastia CMC abierta conduce a niveles más altos de dolor y requieren más opioides postoperatorios que la mayoría de los otros procedimientos comúnmente realizados en cirugía de la mano⁹. La hemi- o trapezoidectomía completa artroscópica CMC del pulgar teóricamente supera algunos de estos problemas, preservando los estabilizadores estáticos nativos de la

articulación CMC, incluidos los ligamentos de la cápsula, dorsoradial y volar.

En el tratamiento quirúrgico de pacientes con artritis CMC en estadio III de Eaton, las encuestas de cirujanos de mano realizadas por Brunton y Wilgis² en 2010 y Wolf y Delaronde³ en 2012 encontraron que la trapezoidectomía abierta con LRTI es el procedimiento más comúnmente preferido desde que Menon¹.

Un estudio más reciente realizado por Deutch *et al.*⁴ en 2018 sugirió que el 50% de los médicos han cambiado su preferencia hacia la artroscopia en los últimos 5 años, actualmente sigue faltando estudios comparativos que examinen el abordaje abierto a la artroscopia.

La técnica artroscópica tiene múltiples ventajas, incluida una pequeña alteración de los tejidos blandos y potencialmente menos dolor y estabilidad con la necesidad de una reconstrucción del ligamento o una plastia de suspensión. Además, brinda más opciones para futuros procedimientos de rescate si fuera necesario. Recuperación en el período postoperatorio más expedita. La descripción original de Menon¹ implicó una trapezoidectomía parcial artroscópica con interposición en 33 pacientes, reportando un 88% de alivio del dolor, mantenimiento del movimiento del pulgar y una mejora de la fuerza del pellizco desde 6 a 11,1 libras.

La base teórica para su uso es que la patología temprana en la artritis CMC del pulgar implica inestabilidad creada por el AOL laxo. La importancia de la integridad de este ligamento para mantener la estabilidad del CMC se ha enfatizado en

muchos estudios. También creemos que el procedimiento puede tener el beneficio adicional de una neurectomía parcial de la cápsula y el tejido blando tratados.

El desbridamiento artroscópico en la artritis CMC por sí solo tiene la ventaja de no realizar ningún procedimiento óseo y se centra en la fisiopatología artrítica. Sin embargo, esto no ayuda en la articulación artrítica propiamente dicha, por lo que parece lógicamente limitado a estados patológicos mucho más leves. La trapezoidectomía parcial ayuda a extirpar la mitad de la articulación artrítica, permitiendo que el hematoma u otro tejido funcione ahora como la nueva superficie articular. Alternativamente, la trapezoidectomía parcial, combinada con la interposición de un injerto autólogo o alogénico, reemplaza la articulación artrítica con una articulación de tejido blando, lo que permite que el pulgar se mueva sin contacto hueso con hueso.

Eric Wagner *et al.*⁵ realizaron una revisión sistémica sobre el tema con más de 22 artículos que involucran 733 artroscopias demostrando que la intervención artroscópica tiene éxito en reducir el dolor y los resultados funcionales.

Muchos estudios más recientes han intentado mejorar el estado del fibrocartilago después del desbridamiento artroscópico. Messina y Suh⁶ propusieron el trasplante de condrocitos autólogos extraídos de la muñeca o del codo con buenos resultados. Otro equipo informó buenos resultados después de una trapezoidectomía parcial y una inyección de grasa autóloga en una cohorte de 12 adultos de mediana edad (edad promedio 46 años).

Aunque ya se ha publicado la trapezoidectomía parcial artroscópica, nunca se ha estudiado la adición de distracción temporal y trapezoidectomía parcial artroscópica dirigida.

Además, en la actualidad esta técnica elimina toda la superficie articular en aproximadamente 2 mm. En el procedimiento empleado, sólo eliminamos las lesiones articulares dejando en su lugar el cartílago sano. Los pacientes presentaron una mejora significativa en el dolor y la fuerza de agarre, así como una mejora en la fuerza de pellizco.

Sería interesante comparar los resultados obtenidos con una cohorte de pacientes sometidos a resección artroscópica simple sin distracción como lo describen Hofmeister *et al* para verificar nuestra hipótesis.

La técnica usada preserva parcialmente la superficie articular del trapecio y es mínimamente invasiva en las estructuras capsulo ligamentosas circundantes. Esta noción nos parece importante porque realizar un desbridamiento artroscópico con distracción no es obstáculo para realizar otras técnicas en caso de fracaso, a diferencia de la trapezoidectomía total.

Limitaciones

Cabe señalar que este procedimiento debe ser realizado por un artroscopista experimentado con el uso de fluoroscopia. Este procedimiento no se puede utilizar en todos los pacientes y los mismos deben ser evaluados cuidadosamente antes

de la operación. La artritis pantrapezial significativa o sintomática es una contraindicación, al igual que la artrosis escafo-trapezial concomitante. Esta técnica no es aconsejable en pacientes que hayan tenido lesión previa o neuritis del nervio radial superficial.

Conclusión

La artritis de la articulación CMC del pulgar es una afección común que puede conferir una discapacidad significativa. Actualmente existen varias opciones quirúrgicas viables para tratar esta enfermedad. El desbridamiento artroscópico de lesiones cartilaginosas con distracción es una técnica rápida, sencilla, menos exigente que otras, que requiere poco equipamiento y con resultados muy satisfactorios. La conversión a una técnica quirúrgica más radical aún es posible si no se logra. Se necesitan otros estudios con una cohorte más grande para aumentar el poder del estudio. Los datos obtenidos de esta experiencia quirúrgica sugieren un efecto bueno y duradero sobre el alivio del dolor, la recuperación de la fuerza y la satisfacción del paciente. Este es un procedimiento confiable con baja morbilidad. Sólo debe utilizarse en casos de artritis CMC aislada del pulgar sin degeneración de la articulación escafoides-trapezio.

Referencias

1. Menon J. Arthroscopic management of trapeziometacarpal joint arthritis of the thumb. *Arthroscopy*. 1996 Oct;12(5):581-7. doi: [10.1016/s0749-8063\(96\)90198-x](https://doi.org/10.1016/s0749-8063(96)90198-x). PMID: 8902133.

2. Brunton LM, Wilgis EF. A survey to determine current practice patterns in the surgical treatment of advanced thumb carpometacarpal osteoarthritis. *Hand (N Y)*. 2010 Dec;5(4):415-22. doi: [10.1007/s11552-010-9275-7](https://doi.org/10.1007/s11552-010-9275-7). Epub 2010 Jun 3. PMID: 22131925; PMCID: PMC2988123.
3. Wolf JM, Delaronde S. Current trends in nonoperative and operative treatment of trapeziometacarpal osteoarthritis: a survey of US hand surgeons. *J Hand Surg Am*. 2012 Jan;37(1):77-82. doi: [10.1016/j.jhsa.2011.10.010](https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.10.010). Epub 2011 Nov 25. PMID: 22119601.
4. Berger RA. Small-joint arthroscopy in the hand and wrist. En: Geissler WB, editor. *Wrist arthroscopy*. New York: Springer; 2005. p. 215-224. doi: [10.1007/0-387-27087-6_20](https://doi.org/10.1007/0-387-27087-6_20).
5. Wagner ER, Suh N. What's New in Hand and Wrist Surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 2025 Mar 19;107(6):543-551. doi: [10.2106/JBJS.24.01427](https://doi.org/10.2106/JBJS.24.01427). Epub 2025 Jan 22. PMID: 39841804.
6. Messina JC, Torretta F, Randelli PS. Autologous chondrocyte transplantation in the treatment of thumb CMC joint osteoarthritis. *Hand Surg Rehabil*. 2021 Sep;40S:S21-S28. doi: [10.1016/j.hansur.2020.11.008](https://doi.org/10.1016/j.hansur.2020.11.008). Epub 2021 Jan 22. PMID: 33486105.
7. Herold C, Groddeck R, Allert S, Rennekampff HO. Reply: Autologous Fat Transfer for Thumb Carpometacarpal Joint Osteoarthritis: A Prospective Study. *Plast Reconstr Surg*. 2018 Mar;141(3):456e-460e. doi: [10.1097/PRS.0000000000004150](https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004150). PMID: 29485595.
8. Kuhns CA, Emerson ET, Meals RA. Hematoma and distraction arthroplasty for thumb basal joint osteoarthritis: a prospective, single-surgeon study including outcomes measures. *J Hand Surg Am*. 2003 May;28(3):381-9. doi: [10.1053/j.jhsu.2003.50078](https://doi.org/10.1053/j.jhsu.2003.50078). PMID: 12772092.
9. Janos Barrera, Jeffrey Yao, *Arthroscopic Management of Thumb Carpometacarpal Joint Arthritis and Pathology*, Hand Clinics, Volume 38, Issue 2, 2022, Pages 183-197, ISSN 0749-0712, ISBN:9780323986878. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2021.11.002>.