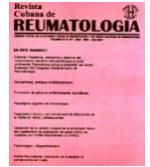


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 20, Número 1; 2018 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Cirugías tendinosas en la mano reumática

Tendinous surgeries in the rheumatic hand

Mario Humberto Vásquez Peralta ^I, John Eduardo Camino Benavides ^{II},
Leonardo Javier Reyes Ortiz ^{III}, Félix Leopoldo Fernández Quilligana ^{IV}

^I Médico. Hospital IESS Latacunga. Cotopaxi. Ambato, Ecuador.

^{II} Médico. Hospital Dr. Julio Enrique Paredes Solca. Tungurahua. Ambato, Ecuador.

^{III} Médico. Hospital Básico Sigchos. Cotopaxi. Ambato, Ecuador.

^{IV} Médico. Hospital Dr. Julio Enrique Paredes Solca. Tungurahua. Ambato, Ecuador.

RESUMEN

Las afecciones de la mano en el paciente reumatoide le ocasionan discapacidades no solo de naturaleza laboral, sino que además inciden negativamente en su interacción social.

Objetivo: reflexionar sobre el rol de las cirugías tendinosas en el manejo de la mano reumática.

Desarrollo: de las posibles intervenciones quirúrgicas en los pacientes con artritis reumatoide, se pueden considerar como fundamentales las descritas a continuación: sinovectomías, tenosinovectomías, artrodesis y artroplastia totales. Resulta posible emplear otras intervenciones, como la resección ósea de nervios periféricos, complementando a las anteriores o solas. Las osteotomías para correcciones axiales no se conforman como una indicación apropiada en esta calidad de pacientes.

Conclusiones: en el manejo de la mano reumática se han reseñado novedades en el área de la cirugía de la mano como los avances que se han realizado en el diseño de algunos implantes protésicos, así como también el perfeccionamiento de técnicas artroscópicas, que posibilitan la realización de ciertas intervenciones que en años precedentes eran excesivamente agresivas para el paciente. En la actualidad, más del 70 % de los pacientes reumatoideos presentan alteraciones en las manos con grados variables de dolor y de restricción funcional, revertir este proceso en ocasiones implica o conlleva tomar en cuenta, como alternativa viable las cirugías tendinosas.

Palabras clave: artritis reumatoide, cirugías, cirugías tendinosas, mano reumática.

ABSTRACT

The affections of the hand in the rheumatoid patient cause disabilities not only of an employment nature, but also have a negative impact on their social interaction.

Objective: to reflect on the role of tendon surgeries in the management of the rheumatic hand.

Development: among the possible surgical interventions in patients with rheumatoid arthritis, the following can be considered as fundamental: synovectomies, tenosinovectomies, arthrodesis and total arthroplasty. It is possible to use other interventions, such as bone resection of peripheral nerves, complementing the previous ones or alone. Osteotomies for axial corrections do not conform as an appropriate indication in this quality of patients.

Conclusions: in the management of the rheumatic hand, updates have been reported in the area of hand surgery, such as the advances that have been made in the design of some prosthetic implants, as well as the improvement of arthroscopic techniques, which make it possible to perform certain interventions which were considered excessively aggressive for the patient in previous years. At present, more than 70 % of rheumatoid patients present alterations in the hands with varying degrees of pain and functional restriction, reversing this process sometimes implies or involves taking into account, as a viable alternative, tendon surgeries.

Keywords: rheumatoid arthritis, surgeries, tendon surgeries, rheumatic hand.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es la enfermedad inflamatoria articular más habitual, con una prevalencia mundial de 0,1 % a 1 %.¹ Si bien cualquier articulación del cuerpo puede verse comprometida, la mano y la muñeca son los lugares más documentados para muchos de los tipos comunes de artritis.²

En el 70 % u 80 % de los casos, la mano es lugar predominante de manifestación de la enfermedad, que se identifica por la presencia de deformidades. La desviación cubital de los dedos largos-también difundida como ráfaga cubital-, resulta la más común, y se encuentra presente entre un 36,5 % y un 50 % de los afectados.^{3,4}

En algunos casos el progreso de la enfermedad puede estimular la aparición de diferentes deformidades en las articulaciones de la mano, lo que conlleva a determinados niveles de incapacidad. En ciertos casos pueden surgir complicaciones como la rotura de tendones o la destrucción articular, lo que posibilita niveles más elevados en la pérdida de función. Así, la cirugía se transforma en un tratamiento que asiste a la enfermedad, pero que normalmente se relaciona con un correcto control de la afección con los medicamentos. En algunos casos, las técnicas quirúrgicas facilitan el desarrollo del grado de capacidad funcional de un enfermo, aunque este mantenga un control admisible de la patología con la terapia farmacológica, mientras que, en otro conjunto de afectados, en los cuales se

nota la presencia de complicaciones, la cirugía deviene la única vía efectiva para recobrar algún nivel en la función. Alrededor del 30 % de los pacientes afectados por mano reumática son intervenidos mediante algún tipo de cirugía al no alcanzar un positivo control de la enfermedad con los tratamientos terapéuticos del momento. Tratando de mejorar la situación clínica del paciente, este tipo de cirugía de mano se ejecuta al haberse producido complicaciones y, en consecuencia, se persigue darles algún tipo de solución. Dentro de este grupo de cirugías paliativas se identifican las reparaciones tendinosas, la cirugía sobre la articulación radio-cubital distal, las artroplastias (protésicas o no) y las artrodesis o fusiones articulares.⁵

Su estudio resulta de interés ya que la mano reumática se identifica como una enfermedad paulatina y destructiva, cuyas manifestaciones sistémicas pueden llegar a constituirse como peligrosas. Se reporta que en más del 70 % de los enfermos se incrementa la presencia de alteraciones en las manos que producen dolor y restricción funcional. El desgaste progresivo de la función de la mano puede incidir negativamente en el autocuidado, la productividad en los contextos diarios o laborales y el hecho de presentar deformidades puede ser desacreditado socialmente. Generalmente, el paciente con mano reumática, en busca de mejorar su calidad de vida acude a un cirujano para apaciguar su padecimiento, para lograr ganancia funcional y, en última instancia, elemento que requiere de un interés sustancial, posibilitar una recuperación de su aspecto estético.⁶ De ahí que el propósito del trabajo que se presenta sea reflexionar sobre el rol de las cirugías tendinosas en el manejo de la mano reumática.

DESARROLLO

Las cirugías tendinosas en el manejo de la mano reumática

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER),⁷ cerca del 30 % de los pacientes con mano reumática requieren someterse a una intervención quirúrgica, ya que con los tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad no alcanzan un control positivo de la enfermedad. El 70 % de los pacientes con artritis reumatoide presenta afectación de la mano desde el inicio de la enfermedad, con síntomas como dolor, rigidez y tumefacción. Si el tratamiento médico no logra detener la inflamación, esta puede ocasionar deformidades en las articulaciones de la mano, lo que facilita la presencia de diversos grados de incapacidad, y en algunos ejemplos incluso pueden surgir complicaciones como la rotura de tendones o la destrucción articular.

El dolor de la extremidad superior resulta el principio más frecuente de limitación de actividades entre los grupos etarios jóvenes y los pertenecientes a edades medianas, una de las razones de consulta médica más tradicional y la más frecuente lesión ocupacional. Como destaca Amillo,⁸ al presentarse cierta dificultad en la mano, el cirujano debe estar capacitado para tratar varios tipos de tejidos, posibilitar la funcionalidad compleja de la mano, salvaguardar la integridad estética de la totalidad de sus componentes y dominar muchas técnicas en ocasiones complejas, como la microcirugía, la osteosíntesis de pequeños fragmentos, tenorrafia, colocación de implantes, plastias tendinosas y ligamentosas. El área de actuación de la cirugía contiene tanto el tratamiento quirúrgico como el conservador.

Como se ha apuntado anteriormente, las afecciones de la mano en el paciente reumatoide le ocasionan discapacidades no solo de naturaleza laboral, sino que además inciden negativamente en su interacción social.

En el principio reumático de la afección, la etiología de una rotura se encuentra relacionada a dos elementos esenciales: por una parte, la asociación de hipoxia, angiogénesis e invasión tenosinovial del tendón y, por la otra, la abrasión mecánica como derivación del movimiento del tendón por un hueso irregular lesionado por la sinovitis crónica. A nivel de la articulación radiocubital distal, el borde erosionado de la cabeza cubital lesiona los tendones extensores durante los movimientos de pronación y supinación.⁹

Para que la reconstrucción integral de los componentes de la mano reumática se logre de manera efectiva, resulta imprescindible un adiestramiento en los temas concernientes a cirugía de la mano en general, tanto de los cirujanos reconstructivos como los pertenecientes al campo de la ortopedia. En su trabajo interdisciplinario se enriquecen los elementos que sirven de principios a la osteosíntesis, así como el manejo de los tejidos blandos.¹⁰

Como la artritis reumatoide se considera una enfermedad de curso crónico que a medida que avanza el tiempo provoca el daño articular, una de las metas esenciales en su tratamiento se relaciona con el control de la sinovitis. Cuando este padecimiento no mejora mediante el tratamiento con medicamentos que persiguen controlar la actividad de la enfermedad, o cuando las lesiones se convierten en estructurales y la función del paciente se agrava, se recurre al cirujano ortopedista para perfeccionar el tratamiento mediante un apropiado plan terapéutico quirúrgico. De las posibles intervenciones quirúrgicas en los pacientes con artritis reumatoide, se pueden considerar como fundamentales las descritas a continuación: sinovectomías, tenosinovectomías, artrodesis y artroplastia totales. Resulta posible emplear otras intervenciones, como la resección ósea de nervios periféricos, complementando a las anteriores o solas. Las osteotomías para correcciones axiales no se conforman como una indicación apropiada en esta calidad de pacientes.¹¹

Un porcentaje superior a una tercera parte de las intervenciones que se efectúan en pacientes con artritis reumatoide se sitúan en el miembro superior y principalmente en la mano, donde las lesiones en las articulaciones metacarpofalángicas, las tenosinovitis o las roturas tendinosas resultan esencialmente habituales, pues perjudican al 70 por ciento de los pacientes. Algunos autores,^{1,7} describen lo que consideran los tres principios esenciales para un correcto tratamiento de la mano reumatoide:

- . Limitar la actividad inflamatoria en el paciente y por consiguiente la perdurabilidad del dolor.
- . Impedir la progresión de la lesión articular.
- . Evitar mediante la prevención la pérdida de funcionalidad de los enfermos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Resulta necesario, entonces, determinar estrategias quirúrgicas generales en la mano reumática, donde las lesiones proximales generalmente priman sobre las distales, así como el estado del pulgar sobre los dedos trifalángicos, en dependencia de varios factores, entre ellos, la individualidad de cada paciente. Con el propósito de impedir la creciente destrucción de la morfología y función de la mano, se ejecuta una sinovectomía en aquellos enfermos que presentan una sinovitis con más de seis meses de evolución y que no se ha podido controlar a través de tratamiento médico apropiado. La sinovectomía

por vía artroscópica puede implementarse y posibilita la obtención de resultados positivos en las etapas más prematuras de la enfermedad, teniendo en cuenta que no esté presente una destrucción articular de consideración (hasta en un estadio III de Larsen). Por otro lado, cuando se identifica la presencia de factores de riesgo para la rotura tendinosa como, por ejemplo, la existencia de erosiones o luxación de la ARCD, situación presente en el 78 % de las manos que presentan roturas de tendones extensores, se debe estimar la reparación de las deformidades que hayan condicionado dicha rotura. Ante un contexto como este, resulta efectivo actuar sobre la ARCD a través de una cirugía de Darrach o Sauvé-Kapanji. Con esa última, se posibilita la obtención de una mejor estabilización del muñón cubital distal que presenta sus ligamentos destruidos; al mismo tiempo se imposibilita la traslación cubital del carpo.¹²

Es importante destacar que para la reparación quirúrgica de tendones y ligamentos en la mano y muñeca en muchos de los casos se necesita de una estabilidad y fijación seguras al hueso. El sistema de fijación con anclas resulta muy efectivo al colocarse de manera correcta. El sistema presenta mínimas dificultades para su colocación, incluso se proporciona su manejo de forma más segura por encima de procedimientos tradicionales para fijación y reinserciones ligamentarias y tendinosas. Además, se emplea en distintas superficies óseas que necesiten reinserción de elementos ligamentarios o tendinosos, siempre y cuando sean de buena calidad.¹³

Por su afectación a diversos tejidos y órganos, la artritis reumatoide provoca el comprometimiento esencialmente de las articulaciones con sinovitis inflamatoria y proliferativa no supurativa, que progresa a destrucción del cartílago articular y anquilosis articular (prevaliendo de 3 a 5 veces más en el sexo femenino). El elemento decisivo para la indicación quirúrgica se relaciona con el alivio del dolor tras varios meses en tratamiento médico sin alcanzar mejoría sustancial. No así sucede con la deformidad que, si bien estéticamente presuma una afectación mayor, no presenta altos niveles de repercusión funcional. En algunos casos, una cirugía precoz posibilita la no aparición de secuelas de mayor incapacidad, como el caso de tenosinovectomías, previas al debilitamiento y rotura tendinosa o compresión nerviosa de larga evolución, si se trata de tendones flexores.¹⁴

En una investigación, por último, la estimación del dolor por parte del paciente, se evaluó en tres momentos diferentes a saber: en el momento de la entrevista, en las últimas 24 horas y declarando además el dolor máximo experimentado. El procedimiento de aplicación de la EVA consistió en la utilización de un modelo que representa una línea recta de 10 cm de longitud (100 mm), con una escala de 1 a 10, presentando en cada extremo las leyendas "sin dolor" y "dolor máximo". Se explicó a cada paciente por separado que debía anotar en la línea, el grado de dolor sentido de acuerdo a su percepción individual. Siendo los valores 0 y 100, categorías independientes, se categorizaron 5 niveles o valores de referencia: 0 mm como ningún dolor, 1-19 mm dolor muy leve, 20-39 mm dolor leve, 40-59 mm dolor medio, 60-79 mm dolor fuerte, 80-99 mm dolor muy fuerte y 100 mm como el máximo (peor) dolor posible. Se estableció entonces como dolor controlado al conjunto de valores iguales o menores a 39 mm y en consecuencia el dolor no controlado resultó representado por los valores mayores que 40 mm.^{6, 15-17}

CONCLUSIONES

En resumen, la cirugía paliativa en Reumatología puede ser utilizada como tratamiento potenciador, aunque siempre relacionado a un conveniente control de la enfermedad mediante fármacos. En ciertas

ocasiones, las técnicas quirúrgicas permiten el incremento del grado de capacidad funcional de un paciente, aunque la terapia farmacológica esté resultando efectiva para controlar su artritis. En los enfermos que ya han sufrido ciertas complicaciones, como, por ejemplo, la rotura de un tendón, la cirugía paliativa se muestra como una indiscutible respuesta para que puedan recobrar cierto grado de función.

En el manejo de la mano reumática se han reseñado novedades en el área de la cirugía de la mano como los avances que se han realizado en el diseño de algunos implantes protésicos, así como también el perfeccionamiento de técnicas artroscópicas, que posibilitan la realización de ciertas intervenciones que en años precedentes eran excesivamente agresivas para el paciente. En la actualidad, más del 70% de los pacientes reumatoideos presentan alteraciones en las manos con grados variables de dolor y de restricción funcional, revertir este proceso en ocasiones implica o conlleva tomar en cuenta, como alternativa viable las cirugías tendinosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora C, González A, Díaz J, Quintana G. Costos directos de la artritis reumatoide temprana en el primer año de atención: simulación de tres situaciones clínicas en un hospital universitario de tercer nivel en Colombia. *Biomédica*. 2009;29(1):43-50.
2. The Cleveland Clinic Center for Consumer Health Information. La Artritis de la Mano y de la Muñeca. [Internet]. Cleveland: The Cleveland Clinic 1995-2017; [citado 4 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/SHIC/html/s7082.asp>
3. Medina M, Muratore M, Rodríguez J, Carrasco L. Cirugía de la mano reumática. *Canarias Médica y Quirúrgica*. 2004;2(5):19-26.
4. Martínez G, Herráiz I, García E, Manero F, Herrera A. Indicación y resultados del tratamiento quirúrgico y rehabilitador en la ráfaga cubital reumática muy avanzada. *Rev. Iberam. Cir. Mano*. 2009;37(2):73-80.
5. Instituto Gerontológico. La cirugía puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con mano reumática. [Internet]. Madrid: Instituto Gerontológico; [citado 4 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.igerontologico.com/noticias/reumatologia/cirugia-mejorar-calidad-vida-pacientes-5535.htm>
6. Vergara Amadora E, Rojas A. La muñeca reumatoidea. Aspectos esenciales en el tratamiento. *rev colomb reumatol*. 2016;23(1):24-33.
7. Sociedad Española de Reumatología (SER). La cirugía puede evitar o mejorar algunas complicaciones asociadas a la artritis reumatoide. [Internet]. Madrid: SER; [citado 4 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/artritis-reumatoide/la-cirugia-puede-evitar-o-mejorar-algunas-complicaciones-asociadas>
8. Amillo S. La formación en cirugía de la mano. *REV MED UNIV NAVARRA*. 2003;47:4-5.

9. Breglia GA, Fracalossi NM. Rotura de los tendones extensores de los dedos por cúbito plus idiopático bilateral Informe de un caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol.* 2012;77:197-9.
10. Pacheco R, Azpeitia V, Ferreira F, Hernández D, Estévez I. Historia de la cirugía de la mano en México. *Rev Hosp Jua Mex.* 2009;76(3):150-6.
11. Palacios C. Cirugía ortopédica de la artritis reumatoide. *Diagnóstico.* 2004;43(4).
12. Montaner Alonso D, Novoa Parra D, Pérez Correa JI. Cirugía de la mano reumática: nuevas expectativas para una vieja conocida. *Rev Iberam Cir Mano.* [Internet]. 2017[citado 4 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1607239>
13. Espinosa A, Serrano L, Zárate JG, Romo R. Resultados de la fijación con anclas en lesiones de ligamentos y tendones de la mano y la muñeca. *Acta Ortopédica Mexicana.* 2009;23(2):70-3.
14. Villena MV, González AM, Vicuña MF, Correa FR. Sinovectomías articulares y tendinosas. Principales contraindicaciones, técnicas quirúrgicas y complicaciones comunes. *Revista Cubana de Reumatología.* [Internet]. 2017[citado 4 de noviembre de 2017];19(1):9-14. Disponible en: www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/538
15. Solís U, Prada D, Crespo I, Gómez J, de Armas A, García V, Hernández A. Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos. *Rev Cub Reumatol.* 2015;XVII(2): 112-9.
16. Corella F, Renner C, del Cerro M, Ocampos M. Técnica de sutura tendinosa «un paso, 4-hilos Kessler-Tsuge». *Rev Iberoam Cir Mano.* 2015;43(2):122-7.
17. Paton F, García M. Resultados en pacientes con rotura del tendón de Aquiles tratados quirúrgicamente con técnica convencional frente a pacientes tratados con técnica mínimamente invasiva. Evolución a dos años. *Trauma Fund MAPFRE.* 2012;23(3):172-5.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 4 de diciembre de 2017

Aprobado: 8 de enero de 2018

Autor para la correspondencia: *Dr. Mario Humberto.* Correo electrónico: mhariov@hotmail.com
Hospital IESS Latacunga. Cotopaxi. Ambato. Ecuador.