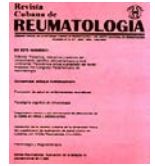


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVI Número 3, 2014 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Rasgos demográficos en la osteoartritis de manos

Demography broad in the hands osteoarthritis

Urbano Solis Cartas^I, Valia García González^{II}, Arelys de Armas Hernandez^{III}

^IMSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

^{II} MSc. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Clínica estomatológica Dr. Felipe Soto. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

^{III} MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, residente de 2do año en Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la osteoartritis de manos es una enfermedad degenerativa que afecta fundamentalmente al sexo femenino, se conoce que tiene un fuerte componente genético y es, dentro de las enfermedades degenerativas, una de las que más precozmente aparece.

Objetivo: determinar las características socio demográficas de los pacientes con osteoartritis de manos atendidos en el centro de reumatología.

Metodología: estudio descriptivo. Para el diagnóstico positivo se tuvieron en cuenta los criterios de la Colegio Americano de Reumatología. Se describió las variables socio demográficas obtenidas a través de una encuesta que contenía tanto elementos clínicos como radiológicos útiles para confirmar el diagnóstico de la enfermedad

Resultados: la edad promedio fue de 54.74 años. La mayor frecuencia de género correspondió al género femenino con un 83.33 %. El tiempo de evolución más frecuente fue el comprendido entre 1 y 5 años. El 47.29 % de los pacientes presentó al menos una comorbilidad y/o hábito nocivo. El patrón de afección articular más frecuente en la mano fue el mixto seguido de la afectación de las interfalángicas distales.

Conclusiones: el incremento del tiempo de evolución y la presencia de comorbilidades influyeron negativamente en la toma de más de un grupo articular.

Palabras Clave: osteoartritis, osteoartritis de manos, nódulos de Heberden, nódulos de Bouchard, rizartritis del pulgar.

ABSTRACT

Introduction: the hands osteoarthritis is a degenerative illness that affects fundamentally to the feminine sex, it is known that he/she has a strong genetic component and it is, inside the degenerative illnesses, one of those that more precociously appears.

Objective: to determine the demographic characteristic partner of the patients with osteoarthritis of hands assisted in the rheumatology center

Methodology: i study descriptive. For the positive diagnosis they were kept in mind the approaches of the American College of Rheumatology. The demographic variable partner was described obtained through a survey that contained so much clinical elements as radiological useful to confirm the diagnosis of the illness

Results: the age average was off 54.74 years. The biggest gender frequency corresponded to the feminine gender with 83.33 %. The time of more frequent evolution was the one understood between 1 and 5 years. 47.29 % of the patients presented comorbidity's and/or noxious habit at least. The affection pattern to articulate more frequent in the hand it was the mixed followed by the affection of the interfalángicas distils

Conclusions: the increment of the time of evolution and the comorbidity's presence influenced negatively in the taking of more than a group to articulate.

Keywords: osteoarthritis, hands osteoarthritis, nodule's Heberden, nodule's Bouchard, rizarthrosis of the thumb.

INTRODUCCIÓN

La osteoartritis (OA) es la más común de las enfermedades articulares. Es caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular. Es una enfermedad sistémica, multifactorial, prevalente, progresiva, incurable.¹

El término fue descrito por primera vez por el alemán Friedrich Von Muller, y se plantea que es tal vez la causa principal de discapacidad en el grupo de enfermedades crónicas, con costos directos e indirectos de alto impacto en la economía de la salud, los cuales podían ser aún mayores en países en vía de desarrollo. En los Estados Unidos de América se calcula que la población afectada podría pasar de 40 millones en 1995 a 59 millones para el año 2020, incluyendo ambos sexos afectados en una proporción similar, pero con síntomas de aparición más tempranos y severos en mujeres.²

Más del 70 % de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de OA en alguna localización. No es fácil conocer cuál es la prevalencia mundial de la artrosis, pero dependiendo del estudio oscila entre el 6 y 20% entre los mayores de 20 años. Claramente aumenta con la edad, es rara en menores de 45 años, y afecta sobre todo a mujeres, aunque la diferencia entre sexos depende de la localización de la OA y del grupo de edad.³

En Cuba la prevalencia constatada para esta afección fue del 20.41 % (IC 19.02- 21.87). En cuanto a la distribución de la OA por sexo se observa un marcado predominio entre las féminas⁴

La OA es una artropatía degenerativa que se produce al alterarse las propiedades mecánicas del cartílago y el hueso subcondral, afectando toda la estructura articular.

Desde el punto de vista patológico existen áreas irregulares degeneración cartilaginosa, más evidentes en zonas de presión, con esclerosis del hueso subyacente, quistes subcondrales, osteofitos marginales, aumento del flujo sanguíneo metafisario y grados variables de sinovitis.

Desde el punto de vista bioquímico existe una disminución de la concentración, tamaño y agregación de los proteoglicanos y de las fibras de colágeno y un desequilibrio en la síntesis y degradación de las macromoléculas de la matriz. En su patogenia se involucran factores de riesgo que pueden o no ser modificables.⁵⁻⁷

Desde el punto de vista epidemiológico se puede clasificar como localizada o generalizada según el o los grupos articulares afectados y a su vez en primaria o secundaria según la presencia o no de otras afecciones y/o condiciones que puedan propiciar o acelerar la aparición de la misma.⁸

Múltiples son los estudios que se refieren a la OA de rodilla, cadera y generalizada, sin embargo no se disponen de estudios que abarquen otras localizaciones como la columna vertebral y las manos, que si bien se describe que no son tan invalidantes ni discapacitantes, también afectan la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que la padecen.

La OA de mano tiene como primera manifestación clínica el dolor. Este es de tipo mecánico es decir que normalmente cede con el reposo, aparece cuando se inicia el movimiento y va cediendo a los pocos minutos.

Su origen no está en el cartílago, que es un tejido denervado, sino en otras estructuras intra y periarticulares, además aparece rigidez que dificulta la movilidad articular y como dato más sobresaliente al examen físico, encontramos la presencia de nódulos tanto en las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) como distales (IFD) que son los llamados nódulos de Bouchard y Heberden respectivamente.

Otra localización característica y frecuente en la mano es la primera articulación metacarpofalángica, conocida como rizartrrosis del pulgar.

Desde el punto de vista etiológico se relaciona con elementos genéticos, asociado a estudios epidemiológicos que estiman la posibilidad de ser heredada en un 65 %.

Se han identificado genes candidatos que en su mayoría codifican para proteínas estructurales del cartílago, asociados a una herencia autosómica dominante en mujeres y autosómica recesiva en varones.⁹⁻¹⁰

Teniendo en cuenta la creciente tendencia al envejecimiento de la población cubana, la alta incidencia y prevalencia la OA, la escasez de estudios realizados en nuestro país sobre esta entidad y la limitación funcional que produce la misma en los pacientes que la padecen, se hace necesario obtener datos de prevalencia y aspectos demográficos más frecuentemente relacionados con la OA de manos, lo que constituyó nuestra principal motivación para la realización de este estudio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en 258 pacientes, con criterios de OA de manos según el Colegio Americano de Reumatología (ACR)¹¹, que acudieron a consulta externa en el período de enero 2012 a abril 2014 y expresaron su consentimiento a participar en el mismo.

A cada paciente se le aplicó una encuesta,^{anexo 1} que nos permitió acceder a las variables socio demográficas obtenidas en el estudio, y paralelamente se realizó el examen físico y estudios radiológicos necesarios para el diagnóstico de esta entidad.

Se confeccionó una base de datos Excel con la información recolectada la cual se procesó de forma automatizada utilizando el paquete estadístico SPSS-PC en su versión 11.5 para Windows.

La información fue resumida mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas continuas.

Se estimaron los intervalos de confianza al 95 % para completar la estimación puntual de las medidas mencionadas.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de OA de manos según ACR

Localización	Criterios para realizar el diagnóstico de Osteoartritis según ACR
Manos	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de dolor, congelación o rigidez de la mano la mayor parte de los días durante el último mes • Proliferación osteocartilaginosa en 2 o más de las 10 articulaciones seleccionadas • Tumefacción en menos de 2 articulaciones metacarpofalángicas. <p><i>Además:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proliferación osteocartilaginosa en 2 o más articulaciones interfalángicas distales • Deformidad en una o más de las 10 articulaciones seleccionadas <p><i>Articulaciones seleccionadas: 1ra MCF, 1ra y 2da IFP, 1ra y 2da IFD, todas de forma bilateral</i></p>

RESULTADOS

Tabla 2. Análisis de variables sociodemográficas.

Características	Muestra Total 258 ptes con criterios diagnósticos de OA
Edad media (años)	54,74 ± 28,17
Edad media de comienzo de los síntomas	47,23 ± 6,35
Grupos de edad (años)	
25-49	83 (32.17 %)
50-59	99 (38.37 %)
60-69	45 (17.44 %)
70 años y más	31 (12.02 %)
Sexo	
Masculino	43 (16.67 %)
Femenino	215 (83.33 %)
Comorbilidades	
Con comorbilidades	122 (47.29 %)
Sin comorbilidades	136 (52.71 %)
Tiempo de evolución	
Menor de 1 año	95 (36.82 %)
De 1 a 5 años	110 (42.64 %)
Mayor de 5 y menor de 10 años	35 (13.57 %)
De 10 años y más	18 (6.97 %)

El promedio de edad de 54,74 años, destacando el grupo de edades entre 50 a 59 años con un 38.37 % del total de la muestra seguido del de 25 a 49 años con un 32.17 %.

Predominó el sexo femenino con 215 pacientes (83,33 %).

El 47.29 % de los pacientes presentó al menos una comorbilidad y/o hábito nocivo asociado y el tiempo de evolución más frecuente fue el de 1 a 5 años con 42.64 %

Tabla 3. Distribución de pacientes según localización OA de manos. Centro Reumatología. 2014

Localización	No.	%
Interfalángicas distales	59	22.87
Interfalángicas proximales	39	15.12
Ira metacarpofalángica	17	6.59
Mixta (más de 1 grupo articular)	143	55.42

Existe un predominio de afectación en más de una articulación presente en 143 paciente, seguido de la localización en interfalángicas distales en 59 pacientes.

Destaca la poca frecuencia de afectación de la 1ra articulación metacarpofalángica que solo se observó en el 6.59 % de los casos estudiados.

Tabla 4. Distribución de pacientes según localización y tiempo de evolución de la OA de manos. Centro Reumatología. 2014

Localización	Tiempo de evolución							
	Menor de 1 año		De 1 a 5 años		Mayor de 5 y menor de 10 años		Mayor de 10 años	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Interfalángicas distales	39	41.05	13	11.83	5	14.28	2	11.11
Interfalángicas proximales	32	33.68	6	5.45	1	2.86	0	0
Ira metacarpofalángica	10	10.53	7	6.36	0	0	0	0
Mixta (más de 1 grupo articular)	14	14.74	84	76.36	29	82.86	16	88.89

Mientras mayor fue el tiempo de evolución de la enfermedad mayores fueron los porcentos de afectación de varias articulaciones, en los pacientes con tiempo de evolución menor de 1 año predominó la afectación de las interfalángicas distales con un 41.05 % del total de pacientes.

Tabla 5. Distribución de pacientes según tipo de comorbilidades y/o hábitos nocivos. Centro Reumatología. 2014

Comorbilidades y hábitos nocivos	No.	%
Tabaquismo	57	46.72
Hipertensión arterial	25	20.49
Obesidad	21	17.21
Artritis reumatoide	18	14.75
Diabetes mellitus	13	10.66
Hipotiroidismo	5	4.09
Gota	3	2.46
Espondilitis anquilopoyética	2	1.64
Lupus eritematoso sistémico	1	0,82

El tabaquismo, la HTA y la obesidad fueron las comorbilidades y hábitos nocivos que con mayor frecuencia encontramos, ya que estuvieron presentes en el 46.72 %, 20.49 % y 17.21 % respectivamente.

DISCUSIÓN

La OA de las manos está presente en aproximadamente el 20 a 30 por ciento de los adultos, en la mayoría de las oportunidades pasa de forma desapercibida por parte de los propios pacientes y de los médicos consultantes, llega a ser un problema de salud cuando el dolor afecta de manera considerable la movilidad articular y ocasiona distintos grado de incapacidad por lo antes mencionado.¹²⁻¹³

Se describe que dentro del grupo de las enfermedades degenerativas esta es una de las que más tempranamente aparece, estudios internacionales y nacionales plantean edades de comienzo entre los 45 y 50 años, en nuestro estudio el promedio de edad de los pacientes fue de 54 años pero el promedio de edad al comienzo de los síntomas fue de 47,23 años lo cual guarda relación con los estudios antes mencionados.¹²⁻¹³ Hay que recordar que además del componente genético que se describe

para esta afección existen una amplia gama de factores de riesgo que pueden jugar un importante en el inicio de la enfermedad como tal. Mención especial consideramos se debe realizar a las enfermedades reumáticas y endocrino metabólicas las cuales mediante un proceso inflamatorio mantenido o descompensación del estado metabólico

El sexo femenino se afecta con mayor frecuencia que el masculino, existen factores que explican el predominio de la OA en general en mujeres como son la mayor frecuencia de obesidad, y más laxitud articular, factores que condicionan inestabilidad articular y favorecen los micro traumas repetitivos y por tanto el daño de la articulación. En el caso de la OA de manos hipótesis plantean además del componente genético con herencia autosómica dominante, un mayor uso de las manos en trabajos manuales así como una mayor incidencia y menor control tanto de las enfermedades endocrinas metabólicas como de las enfermedades reumáticas⁹⁻¹⁰

El tiempo de evolución de la enfermedad influye negativamente en la afectación de más de un grupo articular, en nuestro trabajo pudimos comprobar que a medida que aumentó el tiempo de evolución mayor fue el número de pacientes que presentaron afectación de más de un grupo articular. En nuestro parecer esta relación se explica por la presencia de comorbilidades así como otros elementos propios del envejecimiento. No encontramos trabajos que establezcan esta relación por lo que no podemos comparar nuestros resultados

Existe un elevado número de pacientes con únicas o múltiples comorbilidades asociadas. La OA por sí misma se puede considerar una enfermedad benigna, pero es una enfermedad que lleva asociada una importante comorbilidad, posibles explicaciones para la relación entre OA y comorbilidades incluyen aspectos relacionados con su etiología y su fisiopatología, así como el resultado del proceso biológico del envejecimiento, en que diferentes eventos (degeneración del cartílago, aumento de la resistencia a la insulina, aumento de peso, dislipidemia) ocurren con mayor frecuencia y de ese modo, pueden aparecer simultáneamente comorbilidades que no dejan de estar interrelacionadas. Tal vez más importante que identificar la causa que lleva a la simultaneidad de esas enfermedades sea definir cuántas de ellas puedan influenciar en el estado de salud de los pacientes con OA.¹⁴

De forma general las comorbilidades más frecuentes que se presentaron fueron el tabaquismo, la HTA y la obesidad,

afecciones que propician un importante estrés oxidativo en el medio articular, repercutiendo negativamente en la integridad del cartílago articular, principal estructura afectada en la OA.

Esto confirma que si desde el punto de vista sanitario y asistencial se quiere lograr un envejecimiento satisfactorio, es necesario identificar y prevenir tempranamente los factores que favorecen esta entidad y actuar sobre ellos para lograr cambiar hábitos y estilos de vida con lo que se estaría contribuyendo a disminuir la morbilidad por este tipo de afecciones.¹⁵⁻¹⁷

CONCLUSIONES

- Predominaron los pacientes del sexo femenino, con edad de comienzo de los síntomas alrededor de los 47 años, con tiempo de evolución entre 1 y 5 años y con alto por ciento de comorbilidades asociadas.
- El incremento del tiempo de evolución y la presencia de comorbilidades influyeron negativamente en la afectación de más de un grupo articular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Pavía Mota E, Larios González MG, Briceño Cortes G. Manejo de la osteoartritis en medicina familiar y ortopedia. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005;7(3):27-33.
2. Rigñack-Ramírez L, Brizuela-Arias L, Reyes-Llerena G, Guibert-Toledano Z, Hernández-Cuellar I. Estudio preliminar de pacientes con diagnóstico de osteoartritis en servicio de atención ambulatoria del Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2013 [citado 23 abril 2014];15(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/286>
3. Hinton R, Moody R, Davis AW. Osteoarthritis: diagnosis and therapeutic considerations. *Am Fam Physician*. 2002;65(5):841-8.
4. Reyes GA, Guibert M, Penedo A, Pérez A, Báez M, Charnicharo-Vidal R, Cardiel MH. Community based study to estimate Prevalence and burden of illness rheumatic diseases in Cuba: A COPCORD study. *Journal of clinical rheumatol*. 2009;15(2):51-5.
5. Ruiz GB, Faure JM. Etiopatogenia, clasificación y epidemiología de la artrosis. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. 3 ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000. p. 463-75.
6. López-Armada MJ, Blanco FJ. Fisiopatología de la artrosis. En: *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. 4 ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002. p. 77-100.
7. López-Armada MJ, Vaamonde-García C, Caramés B, Lires-Deán M, Cillero-Pastor B, Blanco García FJ. Evidencia de mecanismos inflamatorios en la osteoartritis. *Reumatol Clin*. 2007;3(3):77-100.
8. Solis-Cartas U, de-Armas-Hernandez A, Bacallao-Carbonell A. Osteoartritis. Características sociodemográficas. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2014 [citado 23 abril 2014];16(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/331>
9. Fernández-Moreno M, Rego I, Blanco F. Genética en la osteoartritis. *Reumatol Clin*. 2007;3(3):13-8.
10. Monfort J. Artrosis. Etiopatogenia, epidemiología y clasificación. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. 5 ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2008. p. 318-23.
11. Solis-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, de-Armas-Hernandez A. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2014 [citado 11 abril 2014];16(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/299>.
12. Cruz-García Y, Hernández-Cuellar-María I, Montero-Barceló B. Comportamiento clínico epidemiológico de la osteoartritis en pacientes femeninas. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2014 [citado 23 abril 2014];16(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/330>
13. Friol-González J, Carnota-Lauzán O, Rodríguez-Boza E, Campo-Torres M, Porro-Novo J. Morbilidad y discapacidad física por osteoartritis en el municipio 10 de Octubre. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2013 [citado 23 abril 2014];14(19):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/22>
14. Solis-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, De-Armas-Hernandez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2013 [citado 5 enero 2014];15(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280>.

15. *García Otero M., García Otero M., Naranjo Ferregut J., García Portela R., Rodríguez Rodríguez J. Discapacidad física en el anciano en un Consejo Popular de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 28 febrero 2014];16(5):56-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500008&lng=es*
16. *Abath A, Gesteira AJ, Matheos BA, Lopes AV, Cavalcanti E, Lopes CL. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. Rev. Bras Reumatol. [revista en Internet]. 2011 Mar-Abr [citado 17 octubre 2013]51(2):118-23. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n2/v51n2a02>*
17. *Quintero M, Monfort J, Mitrovic DR. Osteoartrosis: biología, clínica y tratamiento. Osteoartrosis periférica. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2010. p. 237-42.*

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 6 de mayo de 2014

Aprobado 20 de junio de 2014

Autor para la correspondencia: *Dr. Urbano Solis Cartas. E-mail: urbano.mtz@infomed.sld.cu*.

Centro de Reumatología, Calzada de 10 de Octubre No 122 esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba.

Anexo

Anexo 1 Ficha general trabajo de OA de manos

Nombre y apellido: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad de diagnóstico de la enfermedad: _____

APF de Osteoartritis de mano _____

Tiempo de evolución de la osteoartritis: _____

Grupo articular afectado por la osteoartritis en la mano

IFP _____ Mas de 1 grupo articular _____

IFD _____

1ra MCF _____ Otras _____

Hábitos tóxicos: _____

Co morbilidad asociada: _____

Datos de Interés al examen físico: _____

Exámenes complementarios: _____

Alteraciones en los rayos X: _____
