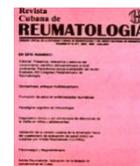


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 21, Número 2; 2019 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Osteoartrosis. Una revisión de literatura

Osteoarthrosis A literature review

Francisco Javier Viteri Tapia ^{1*}, Daniel Alejandro Muñoz Suárez ¹, Giovanni Javier Rosales Pérez ¹, Jonathan Paul Hernández Izurieta ², Johanna Sofía Jaramillo Villalobos ³, César Wilfrido Cortés Naranjo ¹

¹Médico General en Funciones Hospitalarias. Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Chimbacalle. Quito, Ecuador.

²Médico Cirujano; Master en Gestión Sanitaria. Médico General en Funciones Hospitalarias. Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Chimbacalle. Quito, Ecuador.

³Médico Cirujano; Master en Gestión Sanitaria. Auditor Médico. Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: Dr. Francisco Javier Viteri Tapia. pakito_vit@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: la osteoartrosis es la más frecuente de las enfermedades articulares.

Objetivo: exponer los referentes bibliográficos que actualmente se refieren a la osteoartrosis en el marco de la revisión de literatura realizada.

Desarrollo: como síndrome anatomoclínico se identifica por dolor mecánico que usualmente se relaciona con rigidez y que provoca poco a poco una pérdida o mengua de la función articular. Diversos factores de riesgo se relacionan con el progreso de esta enfermedad entre los que destacan, además de la edad y el sexo femenino, la obesidad, los microtraumas repetitivos en la práctica de determinados deportes y el cumplimiento de actividades profesionales específicas.

Conclusiones: el tratamiento de la osteoartrosis debería ejecutarse a nivel de medicina familiar, tanto en el componente preventivo, como en el del control y manejo conservador, instruyendo al paciente en sus cuidados y acciones diarias y operando esquemas de medicamentos, ejercicios, apoyos funcionales como rodilleras, bastones y andadores. La educación médica debe asumir este paradigma, y no solicitar acto seguido la interconsulta a la especialidad cuando el paciente no responde, sin tener en

cuenta que el manejo del paciente con artrosis se encuentra distante de la prescripción farmacológica.

Palabras clave: referentes bibliográficos; osteoartrosis; revisión de literatura.

ABSTRACT

Introduction: osteoarthritis is the most frequent joint disease.

Objective: to expose the bibliographic references that currently refer to osteoarthritis in the framework of the literature review carried out.

Development: as anatomoclinic syndrome is identified by mechanical pain that is usually related to stiffness and that gradually causes a loss or decline of joint function. Several risk factors are related to the progress of this disease, among which stand out, in addition to age and female sex, obesity, repetitive microtrauma in the practice of certain sports and compliance with specific professional activities.

Conclusions: treatment of osteoarthritis should be carried out at the level of family medicine, both in the preventive component, as well as in the control and conservative management, instructing the patient in his daily care and actions and operating medication schemes, exercises, functional supports such as knee pads, canes and walkers. The medical education must assume this paradigm, and not immediately request the interconsultation to the specialty when the patient does not respond, without taking into account that the management of the patient with osteoarthritis is distant from the pharmacological prescription.

Keywords: bibliographic references; osteoarthritis; literature review.

Recibido: 24/03/2019

Aprobado: 12/06/2019

INTRODUCCIÓN

La osteoartrosis es la más frecuente de las enfermedades articulares. Se concibe como un síndrome anatomoclínico identificado por dolor mecánico que con usualmente se relaciona con rigidez y que provoca progresivamente la pérdida o mengua de la función articular. Al ser un padecimiento que cursa con dolor y limitación funcional progresiva resulta, además, un motivo constante de consulta médica con los resultantes altos costos para su atención y tratamiento, un factor usual de detrimento del estilo de vida que incide en la calidad de vida de la paciente relacionada con su salud.⁽¹⁾

La osteoartrosis impacta notablemente en grupos de edades avanzadas. Antes de los 50 años los hombres presentan una elevada prevalencia, pero la incidencia es mucho más notable en féminas tras los 50 años. El riesgo de gonartrosis y coxartrosis se incrementa en la mujer después del periodo menopáusico inicial. La osteoartrosis se manifiesta y aumenta más aceleradamente en la mujer que en el hombre. Significa el cuarto factor de morbilidad en las féminas mayores de 60 años y la octava en los hombres, a escala planetaria. Un elemento determinante en el abordaje de los casos con osteoartrosis es que la mayoría de los diagnosticados no son objeto de un tratamiento apropiado para controlar la enfermedad, ya sea por errónea selección de fármacos, dosis no suficientes, administración

poco apropiada, escaso seguimiento del tratamiento, diagnósticos equivocados, falta de rehabilitación y de información al paciente, entre otros.⁽²⁾

La literatura anglosajona la reconoce como osteoartritis, teniendo en cuenta su componente inflamación articular. En esta enfermedad articular se degenera el cartílago articular y aparece progresivamente el dolor, la rigidez y la limitación de la movilidad en las articulaciones afectadas.

Las alteraciones estructurales se concentran en la disminución del grosor del cartílago hialino articular, hasta que ocurre la destrucción y la esclerosis del hueso subcondral, con formación de osteofitos marginales.

La artrosis se clasifica según:

- a) existencia de antecedentes o factores causales (primaria o secundaria)
- b) la articulación afecta y su localización dentro de la articulación (de cadera y polar superior, de rodilla y patelofemoral o generalizada)
- c) la clínica o la radiografía (inflamatoria o erosiva)
- d) la importancia de los osteofitos y los cambios subcondrales (hipertrófica o atrófica)

Los factores de riesgo pueden diferenciarse entre aquellos que inducen a una artrosis generalizada y los causantes de anomalías biomecánicas en determinada articulación.

1. Demografía: se eleva con la edad, fundamentalmente después de los 65 años. No hay distinciones étnicas ni raciales, pero sí tiene relación con las actividades desarrolladas por el individuo.

2. Genética: hay influencia genética, principalmente en la artrosis de pequeñas articulaciones. Aparentemente, también existe un gen autosómico en relación con el sexo y de prevalencia en mujeres.

3. Obesidad: su relación ha sido polémico, pues de forma directa no es predisponente, pero las consecuencias de la falta de ejercicio atribuido a la obesidad, funciona como factor que aumenta las probabilidades de padecerla, sobre todo en caderas y rodillas.

4. Sobrecarga: tampoco está clara su condición de factor desencadenante, ni en el campo laboral ni en el del deporte.

Un estudio realizado por Zuart y Martíneze⁽³⁾ determinó que la osteoartrosis es una de las patologías que presenta mayor asiduidad en el sexo femenino, porque en las mujeres se han explicado ciertos factores predisponentes como los hormonales, el genético, la actividad física y la ocupación. Dentro de los aspectos hormonales y genéticos como factores de riesgo el aumento de edad, el índice de masa corporal y la actividad física durante la juventud se constituyeron como factores predisponentes para la identificación de osteoartrosis.

Existen diversas enfermedades asociadas a la osteoartrosis degenerativa, considerada como un conglomerado heterogéneo de trastornos que provocan signos y síntomas articulares, los que se conectan con alteraciones de la integridad del cartílago articular, asociados a cambios secundarios del hueso subcondral y márgenes de la articulación. Estas enfermedades son: hipertensión arterial

sistémica, diabetes mellitus,⁽²⁾ cardiopatía, glaucoma, hipotiroidismo, osteoporosis y síndrome de Addison.⁽⁴⁾

Otro padecimiento relacionado con la osteoartrosis es el dolor a nivel de la columna lumbosacra. Su tratamiento ha sufrido una propensión hacia el manejo de métodos conservadores, la intervención quirúrgica escasa vez resulta factible y, en situaciones, deja al enfermo con una discapacidad mayor. Con el tratamiento medicamentoso no siempre se consiguen los resultados proyectados, y los fármacos aplicados no se encuentran libres de reacciones no deseadas. Son diversas sus causas, las más habituales son en hernia del disco intervertebral y la osteoartrosis de la región.⁽⁵⁾

Patogenia: es multifactorial: biomecánicos, bioquímicos, inmunológicos y postinflamatorios pueden ser factores que condicionen el origen de la enfermedad. La confluencia de la inflamación, la degradación y el proceso de reparación de ambos, y la acción sobre el tejido sinovial, el cartílago y el hueso subcondral, darán paso a cambios anatómicos que motivarán la clínica, con dolor y destrucción articular como principales consecuencias. Ambos conducirán a la impotencia funcional y a la pérdida de la articulación. La liberación de los condrocitos estimula y libera enzimas proteolíticas y colagenolíticas, que degradan la matriz de los proteoglicanos y de la colágena. También intervienen complejos inmunes captados por el condrocito.

Clínica: generalmente los síntomas y los signos se localizan únicamente en las articulaciones afectadas. El dolor y la rigidez se conciben como los principales síntomas. El dolor, relacionado con la actividad, se intensifica al movilizar la articulación luego de un tiempo de reposo. Puede disminuir o desaparecer a partir de la movilización, pero vuelve después de una actividad extendida. Con reposo se puede sentir la mejoría. Cuando se sufre en estados avanzados, el dolor aparece por el mínimo movimiento articular y puede continuar aun estando en reposo; inclusive puede afectar también en la noche.

El aumento de la presión intraósea sobre el hueso que ya no tiene cartílago hialino, el daño de las partes blandas, la inflamación de la sinovial y de los nervios periféricos comprimidos, son todos causantes del dolor.

El dolor en los movimientos pasivos y la crepitación se entienden como dos signos significativos de la enfermedad. Con el avance de la enfermedad también surgen signos de inestabilidad y deformidad por el aumento del hueso y del tamaño articular.

Artrosis articular de las manos: su prevalencia se da fundamentalmente en articulaciones interfalángicas proximales, distales, y además en las trapezometacarpianas. Las interfalángicas predominan en mujeres con transmisión autosómica dominante en ellas, y recesiva en los hombres. En la cara dorsolateral de las articulaciones interfalángicas distales se forman osteofitos (nódulos de Heberden), y en las articulaciones interfalángicas proximales se hallan los nódulos de Bouchard. La articulación trapezometacarpiana dañada provoca dolor en la base del primer metacarpiano.

Artrosis del codo: el dolor, la limitación del movimiento, y en ocasiones el atrapamiento del nervio cubital son sus síntomas. Puede darse por traumatismos derivados de ciertos trabajos.

Artrosis del hombro: la artrosis escapulohumeral se debe a luxaciones, fracturas, artritis, lesiones del manguito y necrosis. Causa rigidez, dolor, y movimiento limitado.

Artrosis acromioclavicular: puede ser asintomática, o bien puede producir un dolor que le impida dormir al paciente. La palpación del hombro o su movilización forzada también ocasionan dolor.

Artrosis esternoclavicular: también puede ser asintomática o en otros casos, puede ocasionar un ligero dolor mayor a la palpación, movilización o postural.

Artrosis de rodilla: se da más en mujeres, sobre todo con problemas de obesidad. El dolor es causado por la palpación de diferentes zonas articulares y por el movimiento activo o pasivo. El genu valgo o varo aparece en estadios tardíos cuando ya ha hay una pérdida significativa del cartílago articular.

Los cambios biológicos degenerativos que asiduamente provocan lesiones en el cartílago articular de rodilla se relacionan generalmente con fallas en la alineación de la articulación, y con cambios de tipo metabólico concernientes a la edad como se manifiesta en la osteoartrosis. Así también, la capacidad de autorregeneración del cartílago puede limitarse por la escasa vascularización del tejido. En la actualidad no se cuenta con un tratamiento excelente que consiga la estimulación de la regeneración del cartílago, razón por la cual resulta necesario encontrar alternativas terapéuticas para el tratamiento de esta clase de padecimientos.⁽⁶⁾

Artrosis de cadera: en un principio aparece lentamente el dolor, localizado en la cara anterior del muslo y en la ingle, o también en las rodillas o en las nalgas. Este provoca una impotencia para la marcha y cojera.

Artrosis de tobillo: se da a partir de artritis, traumatismos, o alteraciones estáticas. El dolor es mecánico y limita la movilidad por la deformación ósea.

Artrosis de la primera articulación metatarsofalángica: localización más común de la artrosis en el pie, y deviene del hallux valgus, la artritis o traumatismos. Presenta dolor, deformidad articular y limitación de la movilidad.

Analítica: los resultados de laboratorio son normales a diferencia de los reumatismos inflamatorios.

Radiología: al principio no se aprecian cambios, pero con el avance de la enfermedad comienza a manifestarse la disminución del espacio articular, la esclerosis del hueso subcondral, y la formación de osteofitos marginales y quistes.

Tratamiento: está enfocado en aliviar el dolor y la inflamación en caso de existir, además de conservar la funcionalidad y evitar deformidades.

Se recomienda tratar el dolor con analgésicos puros, o con AINE si urge un resultado antiinflamatorio, aunque se pueden usar de forma combinada. En el intento de aliviar el dolor, pueden requerirse opioides, sobre todo en casos avanzados, o si existe afectación artrósica múltiple.

Este paso debe darse solo si se han alcanzado ya las dosis máximas de analgésicos no opioides, o de los opioides débiles, y no se ha logrado el alivio del dolor. Están contraindicados los corticosteroides y la indometacina. También se usan en la infiltración la orgoteína y el ácido hialurónico. Los corticosteroides son efectivos para la infiltración intrarticular y en el brote articular agudo.

La terapia física juega un importante papel en la recuperación de la masa muscular y de la movilización de las articulaciones. Pueden implementarse el frío o el calor en combinación con ejercicios. La utilización de ortesis previene en algunos casos, las desviaciones y la anquilosis.

El lavado articular ha demostrado efectividad en el tratamiento del dolor y de la capacidad funcional. En ocasiones es conveniente la realización de una osteotomía que corrija el alineamiento imperfecto de

las deformidades en valgo o varo de las rodillas. En las artrosis avanzadas, también puede darse el caso de ser necesaria una prótesis de rodillas o caderas.

En la artrosis de mano los baños calientes y las aplicaciones de parafina pueden lograr cambios favorables, además de la combinación entre los analgésicos y AINE, o su utilización de forma individual. Por último, no deben descartarse las férulas y las infiltraciones de corticosteroides. Se exponen los referentes bibliográficos que actualmente se refieren a la osteoartrosis en el marco de la revisión de literatura realizada.

DESARROLLO

Se llevó a cabo una búsqueda en internet de documentos publicados en el contexto internacional. Esta búsqueda se realizó tanto en idioma español como en inglés. Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica. Para la búsqueda de estudios originales se consultó la base de datos Medline, mediante varias ecuaciones de búsqueda, posteriormente se procedió a organizar y resumir las referencias, de tal manera que revelaran el estado actual del conocimiento sobre el tema elegido.

Diversas investigaciones,⁽⁷⁻¹⁰⁾ se han dado a la tarea de estudiar las múltiples manifestaciones de la osteoartrosis.

Martínez, Bagán, Fons y Poveda,⁽¹¹⁾ realizaron un estudio clínico y radiológico de 16 casos con osteoartrosis de la articulación temporomandibular. Los autores concluyen que los signos clínicos más subrayados fueron la manifestación de crepitación a la auscultación en un 93.8 % de los casos, y una mengua en el rango de los movimientos mandibulares. Las manifestaciones radiológicas expusieron una alteración en la morfología de las superficies articulares en un 62 % de los casos en el lado derecho y en un 68.8 % de los pacientes en el lado izquierdo. En el estudio de la posición dinámica del disco articular se notó un desplazamiento anterior sin reducción en el 50 % de los casos en la ATM derecha y en un 43.8 % en la izquierda.

Por su parte, Camargo y Mena,⁽¹²⁾ identificaron y describieron los determinantes sociales de la salud de la osteoartrosis. Observaron que el 66.3 % de los casos se encuentran en la fase del ciclo vital persona mayor, por lo que el aumento y la incidencia de la osteoartrosis se desarrollan con la edad. No obstante, se constata que el porcentaje restante se sitúa en la etapa del ciclo vital adulto, colocándose en un 33.7 % en el rango de adulto maduro y adulto joven; este porcentaje resulta consecuente con la identificación de enfermedades crónicas en edades tempranas, conectadas con la exposición a factores de riesgo referentes a la ocupación y traumas a repetición, que proceden de la práctica de estilos de vida no saludables.

Otra investigación,⁽¹³⁾ estudió 44 rodillas en 32 pacientes con sospecha de gonartrosis mediante dos proyecciones radiográficas: AP (anteroposterior) con carga en extensión y PA (posteroanterior) con carga en flexión de 45 grados (proyección de Rosenberg). La edad de los pacientes tuvo una mediana de 61 años, con un rango entre 26 y 78 años, con una distribución de 74 % mujeres y 26 % hombres. Se pudo constatar que la proyección de Rosenberg en comparación con la proyección AP tiene mayor capacidad de descubrir la disminución del espacio articular cuanto mayor es este (más espacio remanente), o sea, la proyección de Rosenberg, a diferencia de la proyección AP convencional, resulta factible para la detección de estadios de artrosis naciente.

En tanto, Mongil, Sánchez, Torre, Callejo y Arizaga,⁽¹⁴⁾ contribuyen a la sustentación acerca de la validez de los fármacos: glucosamina, el condroitín sulfato, la diacereína y el ácido hialurónico, así

como sobre su mecanismo de acción, indicación, posología y formas de administración en el tratamiento de la osteoartrosis, y los recomiendan para mejorar los síntomas y como potenciales modificadores de la progresión del daño estructural del cartílago.

Otro estudio,⁽¹⁵⁾ describe el uso de los medios físicos en la osteoartrosis. Teniendo en cuenta las variables: sexo, edad, articulación afectada, factores de riesgo, intensidad del dolor e incapacidad funcional, se concluye que la artrosis predominó en el sexo femenino y en edades superiores a 65 años. La articulación más afectada fue la rodilla y el sobrepeso fue el factor de riesgo más frecuente.

CONCLUSIONES

La osteoartrosis se presenta como la más habitual de las enfermedades articulares. Como síndrome anatomoclínico se identifica por dolor mecánico que usualmente se relaciona con rigidez y que provoca poco a poco una pérdida o mengua de la función articular. Diversos factores de riesgo se relacionan con el progreso de esta enfermedad entre los que destacan, además de la edad y el sexo femenino, la obesidad, los microtraumas repetitivos en la práctica de determinados deportes y el cumplimiento de actividades profesionales específicas.

La rodilla y la cadera forman parte de las articulaciones más asiduamente comprometidas por su condición de sitios expuestos a traumas, sobrecarga articular, alteraciones biomecánicas o infecciones, a lo que se suma el significativo rol de la herencia. La enfermedad cursa con dolor y limitación funcional progresiva, representa un motivo frecuente de consulta médica con altos costos para su atención y tratamiento, un factor habitual de deterioro del estilo de vida.

El tratamiento de la osteoartrosis debería ejecutarse a nivel de medicina familiar, tanto en el componente preventivo, como en el del control y manejo conservador, instruyendo al paciente en sus cuidados y acciones diarias y operando esquemas de medicamentos, ejercicios, apoyos funcionales como rodilleras, bastones y andadores. La educación médica debe asumir este paradigma, y no solicitar acto seguido la interconsulta a la especialidad cuando el paciente no responde, sin tener en cuenta que el manejo del paciente con artrosis se encuentra distante de la prescripción farmacológica.

REFERENCIAS

1. Góngora YL, Friol JE, Rodríguez EM, González JL, Castellanos M, Álvarez R. Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Rev Cubana Reumatol.* 2006;VIII(9y10):23-42.
2. De Pavía E, Larios MG, Briceño G. Manejo de la osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. *Archivos en Medicina Familiar.* 2005;7(3):93-8.
3. Zuart R, Martínez J. Osteoartrosis y patologías crónicas asociadas en pacientes de una unidad médica del primer nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2011;49(6):637-42.
4. Gaspar SP, Guevara UM, Covarrubias A, Leal L, Trejo B. Evaluación de la funcionalidad en el paciente con osteoartrosis degenerativa. *Rev Mexicana Anestesiología.* 2007;30(1):20-5.
5. Boch F, Rabí MC, Hernández M, García JC. Acupuntura y electroacupuntura en el alivio del dolor de la osteoartrosis de la región lumbar. *Rev cubana Med Gen Integr.* 2001;17(2):143-8.
6. Simental MA, Vílchez JF, Martínez HG. El plasma rico en plaquetas en osteoartrosis de rodilla: una alternativa de tratamiento. Artículo de revisión. *Cirugía y Cirujanos.* 2015;83(4):352-8.

7. Baganet AM, Hernández P, Fernández N, Forrellat M, González AI, Pérez E, et al. Implante percutáneo de células mononucleares de sangre periférica movilizadas con factor estimulante de colonias granulocíticas, en la osteoartrosis de rodilla. Primer caso comunicado en Cuba. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2010;26(1):246-52.
8. Valverde S, Duarte EM, Ducangé D, Garrido G, García D, Jáuregui U, et al. Utilidad de las formulaciones Vimang® en pacientes con osteoartrosis de rodilla. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(1):32-41.
9. Cruz PM, Gámez A, Rodríguez CA, González Y, López E, Pérez DM, et al. Impacto del tratamiento con células madre adultas en la osteoartrosis de la rodilla. Rev cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2013;29(3):1-13.
10. López SR, Navarro F, González J, Martínez CM, Romero AB. Validez, fiabilidad y convergencia de COOP/WONCA y EUROQoL, administrados telefónicamente, en población con osteoartrosis de cadera y rodilla. Index Enferm. 2009;18(3).
11. Martínez M, Bagán JV, Fons A, Poveda R. Osteoartrosis de la articulación temporomandibular: Estudio clínico y radiológico de 16 pacientes. Med Oral. 2004;9:106-15.
12. Camargo D, Mena B. Los usuarios con osteoartrosis de rodilla, UNISALUD, Colombia: una mirada desde la epidemiología crítica. Medicina Social. 2010;5(3):203-14.
13. Fontboté C, Nemtala F, Contreras O, Guerrero R. Proyección de Rosenberg en la evaluación radiológica de la osteoartrosis de rodilla. Rev Méd Chile. 2008;136:880-4.
14. Mongil E, Sánchez I, Torre F, Callejo A, Arizaga A. Fármacos de acción lenta (Sysadoa) en el tratamiento de la osteoartrosis. Rev Soc Esp Dolor. 2006;7:485-96.
15. Ríos M, Solís D, Valdés AA, Oviedo A. Utilización de los medios físicos en la osteoartrosis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. 2012. Rev Med Electrón. 2013;35(3):243-52.

Conflicto de interés:

Los autores refieren no tener conflicto de interés.