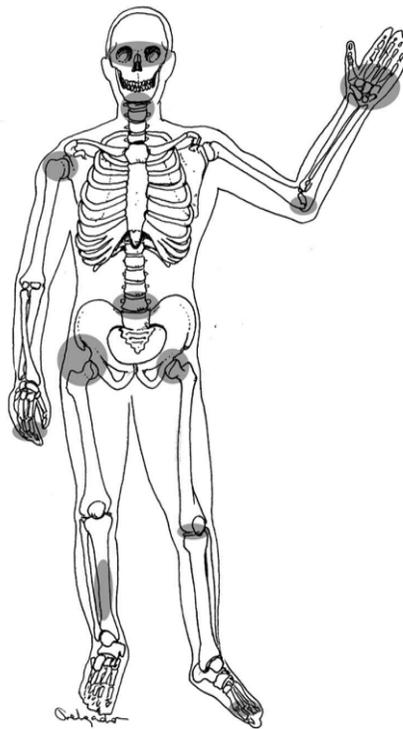




ARTROSIS

Robert Steward Corrales Llerena

31/08/2010



Estudiar el "fenómeno" de la enfermedad sin libros es como hacerse a la mar sin cartas de navegación, mientras que estudiar libros y carecer de pacientes es como NO hacerse a la mar en absoluto, Sir William Osler.



UNIVERSIDAD DE AQUINO BOLIVIA
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

ARTROSI

MATERIA: REUMATOLOGÍA
DOCENTE: Dr. MARCO OQUENDO A.
ESTUDIANTE: STIWARD CORRALES LLERENA
SEMESTRE: NOVENO
FECHA: 31-08-2010
GRUPO: A3-P1

Cochabamba – Bolivia

ARTROSIS

DEFINICIÓN

La artrosis es la enfermedad articular con mayor prevalencia en la población adulta y con una incidencia que aumenta con la edad. El Colegio Americano de Reumatología realizó en 1.984 una clasificación de la artrosis que sigue siendo utilizada.

En su forma primaria o idiopática, que es la más frecuente, no existe ningún factor predisponente identificable. La artrosis secundaria es indistinguible de la idiopática, pero con una causa subyacente.

- Dentro de las *formas idiopáticas* distinguimos la artrosis localizada en manos (nódulos de Heberden y Bouchard, etc.), pie (hallux valgus, hallux rigidus, etc.), rodilla (compartimento medial, lateral y femorrotuliano), cadera (excéntrica, concéntrica o difusa), de columna (articulaciones apofisarias, discos vertebrales, espondilosis, hiperóstosis), y otras localizaciones aisladas o en forma de artrosis generalizada (tres o más áreas de artrosis localizada).
- Dentro de las *formas secundarias* se incluyen los traumas, congénitas (luxación congénita de cadera), metabólicas (hemocromatosis), endocrinas (acromegalia, HPT, diabetes, obesidad, hipotiroidismo), depósito de cristales de calcio (PPCD, hidroxapatita), enfermedades óseas o articulares (necrosis avascular, artritis reumatoide, enfermedad de Paget), o neuropática (articulación de Charcot).

La artrosis afecta a más del 50% de los sujetos con más de 65 años. La artrosis de rodilla es la principal causa de discapacidad crónica en ancianos. Hasta los 55 años de edad, cuando aparece algún tipo de artrosis, las zonas afectadas no varían dependiendo del sexo; sin embargo, en los más mayores, la cadera está más afectada en los varones y la base del primer dedo de la mano y la rodilla en las mujeres.

Los factores hereditarios quedan demostrados, ya que las hijas de mujeres con artrosis de las interfalángicas distales (nódulos de Heberden) tienen una probabilidad mayor de presentar la misma afectación.

La herencia parece autosómica dominante en la mujer y recesiva en el varón. De todas maneras, el factor de riesgo más importante para la artrosis es la edad. Es posible que la degeneración del cartílago con el envejecimiento sea un buen sustrato para el desarrollo de la artrosis.

Otros factores de riesgo de desarrollo de artrosis son los traumatismos y el uso repetido de la articulación. La obesidad es un factor de riesgo para la artrosis de rodilla y de las manos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Se producen sobre todo en las áreas de sobrecarga del cartílago articular. Aparece un reblandecimiento focal, aumentando el contenido en agua y disminuyendo el de proteoglicanos, con proliferación de condrocitos que muestran gran actividad. Seguidamente aparecen fisuras superficiales, tangenciales o perpendiculares, que dan un aspecto fibrilar al cartílago. Por último, aparecen úlceras profundas en el cartílago que se extienden hasta el hueso.

El hueso subcondral responde a la agresión aumentando la densidad (esclerosis ósea) y formando excrecencias óseas en los márgenes articulares (osteofitos). Se puede observar, en ocasiones, la formación de geodas (quistes intraóseos) yuxtaarticulares, bien delimitadas, que contienen restos trabeculares y de médula ósea, originados por la hiperpresión articular que escapa por las fisuras de la cortical. Existe con frecuencia gran disparidad entre las lesiones radiológicas, la intensidad de los síntomas y la capacidad funcional en la artrosis.

En artrosis evolucionadas puede haber cierto grado de sinovitis reactiva.

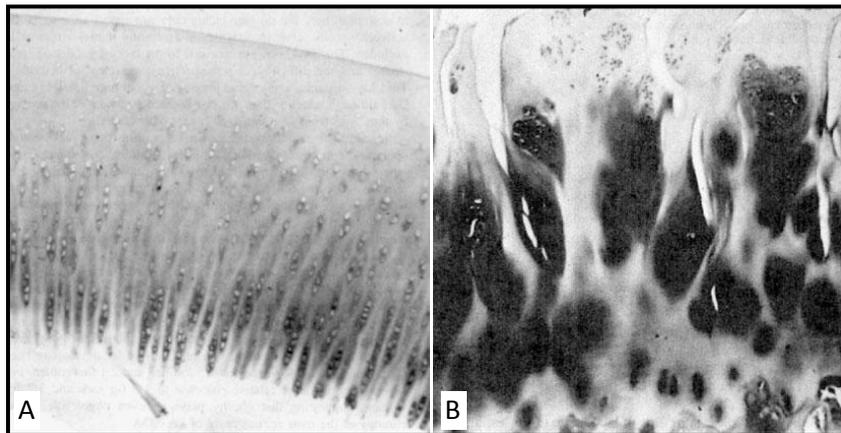


Fig. 1

- A.** Cartílago articular normal. Obsérvense la superficie íntegra y la distribución uniforme de los condrocitos. No hay figuras mitóticas en el cartílago articular del adulto normal.
- B.** Cartílago con artrosis. Obsérvense la pérdida de integridad de la superficie del cartílago, con aparición de fisuras verticales (fibrilación) y distribución irregular de las células. Hay muchos condrocitos en fase de multiplicación y formando racimos.
- Tinción con safranina-O que se fija a las cadenas glucosaminoglucansulfatadas de los proteoglicanos. Véanse también las áreas débilmente teñidas (matriz extracelular pálida) debidas a la pérdida de los proteoglicanos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas característicos son el dolor, la rigidez articular, la limitación para la movilidad y la pérdida de función. Las manifestaciones clínicas se instauran de forma insidiosa, durante meses o años de evolución. El dolor es de características **“mecánicas”**, empeorando con el uso de la articulación y mejorando con el reposo, aunque en fases avanzadas de la enfermedad puede aparecer dolor en reposo, sobre todo en la coxartrosis.

La rigidez de la articulación afectada después del reposo es de **breve duración**, a diferencia de la que podemos observar en procesos inflamatorios como la artritis reumatoide, donde persiste más de una hora.

La exploración física de la articulación con artrosis muestra dolor a la palpación y tumefacción ósea o de partes blandas (sinovitis o derrame articular).

La movilización de la articulación delimita el arco de movimiento y el grado de afectación funcional. La crepitación ósea es característica. En fases avanzadas pueden evidenciarse deformidades articulares más o menos severas.

A diferencia de los procesos articulares inflamatorios, **NO** encontramos signos clínicos ni analíticos de afectación sistémica. En la artrosis primaria los exámenes de laboratorio son normales.

Los parámetros analíticos de inflamación (VSG, PCR, etc.) se encuentran normales, y el líquido sinovial es de tipo no inflamatorio.

A continuación se muestran varios datos que te recuerdan las características fundamentales para el diagnóstico de esta enfermedad:

- Hemograma y bioquímica elemental normal.
- VSG y otros reactantes de fase aguda normales.
- Ausencia de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares.
- Líquido sinovial no inflamatorio.
- Hallazgos radiológicos característicos:
 - Disminución irregular o pinzamiento del espacio articular.
 - Esclerosis subcondral.
 - Osteofitos.
 - Geodas.
 - Deformidad articular

Tabla Nº 1 Causas De Dolor Articular En Pacientes Con Artrosis

Origen	Mecanismo
Sinovial	Inflamación
Hueso subcondral	Hipertensión medular, microfracturas
Osteofitos	Distensión de las terminaciones nerviosas periósticas
Ligamentos	Estiramiento
Cápsula	Inflamación, distensión
Músculo	Espasmo



Fig. 2: Nódulos de Bouchard

FORMAS CLÍNICAS MÁS IMPORTANTES.

Artrosis de las interfalángicas distales. Se produce un engrosamiento progresivo del dorso de la articulación hasta formar los nódulos de Heberden. Su aparición es más frecuente en mujeres por encima de los 40 años, con asociación familiar.

Artrosis de interfalángicas proximales. Suele asociarse a la afectación de IFD, aunque es menos frecuente. Se produce deformidad característica denominada nódulos de Bouchard.

Artrosis trapeciometacarpiana. También denominada rizartrrosis o artrosis del pulgar. Suele asociarse a la aparición de nódulos de Heberden.

También es más frecuente en mujeres. Suele producir pocos síntomas, aunque pueden tener dolor y limitación en la función al coger objetos entre el índice y el pulgar.

Artrosis coxofemoral. Es una de las formas de artrosis más incapacitante, junto con la de la rodilla. En más de la mitad de los casos es secundaria a anomalías del desarrollo como la luxación congénita de cadera, las displasias acetabulares, la epifisiólisis, la enfermedad de Perthes, la disimetría de miembros inferiores, la coxa vara o valga, la necrosis avascular de la cabeza femoral, la coxitis inflamatoria o séptica, los traumatismos y enfermedad de Paget.

La clínica característica es el dolor inguinal más intenso con la marcha, que mejora con el reposo. La impotencia funcional se traduce en cojera o dificultad para sentarse o levantarse de una silla. En la exploración física se observa dolor y disminución de la rotación interna articular. Posteriormente, se afectan la extensión, rotación externa, abducción y flexión.



Fig. 3: Artrosis de Cadera

Artrosis de rodilla. Predomina en mujeres, con comienzo habitualmente unilateral y con tendencia posterior a hacerse bilateral. Es menos frecuente que la artrosis de manos y pies y más que la de cadera. La afectación más frecuente es la degeneración artrósica del compartimento femorotibial medial o interno, aislado o en asociación con el femoropatelar. Si la enfermedad predomina en los compartimentos femorotibiales, el dolor se localiza en la interlínea articular.

Si predomina en el compartimento femoropatelar, el dolor es más intenso en la cara anterior de la rodilla, acentuándose en los movimientos que implican el deslizamiento de la rótula sobre la tróclea femoral, como por ejemplo, al subir y bajar escaleras.

Artrosis vertebral. Se origina en la degeneración del disco intervertebral y del cartílago de las articulaciones posteriores.

Denominamos espondilosis a la enfermedad degenerativa de los discos y artrosis vertebral cuando se afectan las articulaciones interapofisarias.

En la columna cervical los cambios degenerativos predominan en los segmentos C5-C6 y C6-C7. La clínica más habitual es el dolor moderado en el cuello, pero pueden producirse cuadros de cervicobraquialgia o mielopatía cervical compresiva.

En la columna dorsal es muy frecuente la artrosis en las personas mayores de 75 años. El dolor suele producirse en los movimientos de rotación del tronco, un movimiento que tiene lugar principalmente entre las vértebras D5 y L3. La espondilosis lumbar es un hallazgo muy frecuente por encima de los 70 años de edad, sobre todo a nivel de las vértebras L4-L5 y L5-S1.

TRATAMIENTO

Al no existir ninguna terapéutica eficaz, las medidas que se deben tomar ante un paciente con artrosis deben ir encaminadas más bien a disminuir el dolor y mantener la función articular.

- 1) **Tratamiento farmacológico.-** Es un tratamiento sintomático. Con frecuencia el dolor se controla con analgésicos del tipo del paracetamol. Los AINEs con frecuencia alivian el dolor, más probablemente por su efecto analgésico que por el antiinflamatorio y están indicados si con los fármacos iniciales no se consigue alivio eficaz o si hay signos de inflamación en las zonas afectadas. Los AINES inhibidores de la ciclooxigenasa-2 como el rofecoxib o el celecoxib aportan como principal ventaja la menor tasa de complicaciones hemorrágicas gastrointestinales asociada a su uso. Por otro lado se ha aprobado la inyección intraarticular de ácido hialurónico en pacientes con artrosis de rodilla que no han respondido a otras terapias, farmacológicas y no farmacológicas. Si bien la mejoría se aprecia más lentamente que con las inyecciones intraarticulares de corticoides, el efecto es mucho más duradero. Los glucocorticoides sistémicos no están indicados en el tratamiento de la artrosis. Sin embargo, la administración intra o periarticular de un preparado glucocorticoide de acción prolongada puede producir mejoría sintomática
- 2) **Reducción de la carga articular.-** Todas las medidas que reduzcan la carga sobre las articulaciones artrósicas van a redundar en un beneficio sintomático del paciente (perder peso, medidas de descarga como bastones o muletas, etc.).
- 3) **Rehabilitación.-** Incluye fundamentalmente la aplicación de calor con fines analgésicos y la cinesiterapia para mantener la función articular. Suelen preferirse los ejercicios isométricos a los isotónicos, ya que los primeros reducen al mínimo la sobrecarga articular.

- 4) **Tratamiento quirúrgico.-** Debemos estimar este tratamiento en los pacientes con dolor intratable y/o alteración severa de la función articular. Está especialmente indicada a nivel de la cadera y de la rodilla, mediante artroplastia total u osteotomía.

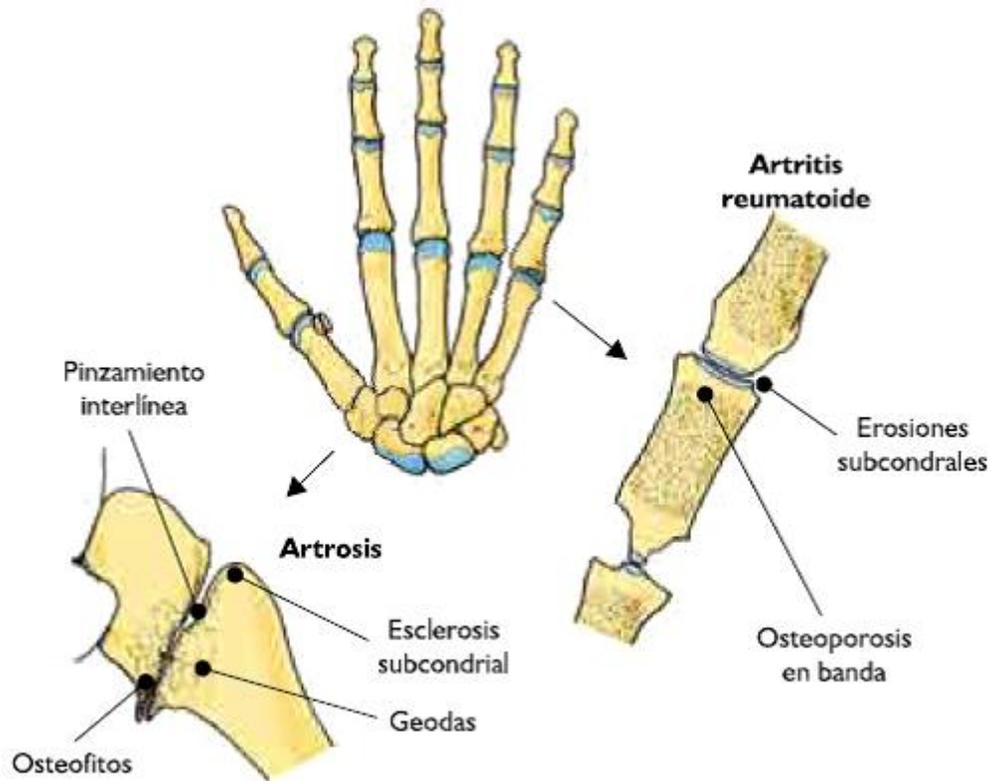


Fig. 4: Afección Articular En La Artrosis/Artritis Reumatoide

BIBLIOGRAFÍA

- **MANUAL CTO 6º EDICIÓN:** Tema 14 Artrosis, págs. 53-54.

Figuras Y Tablas:

- **Figura 1;** *HARRISON ONLINE* en español principios de medicina interna Parte XIII. Trastornos del sistema inmunitario, el tejido conectivo y las articulaciones > Sección 3. Trastornos de articulaciones y tejidos adyacentes > Capítulo 312. **fig. 312-1**
- **Figuras 2, 3, 4;** Manual CTO 6º edición: Tema 14 Artrosis.
- **Tabla 1;** *HARRISON ONLINE* en español principios de medicina interna Parte XIII. Trastornos del sistema inmunitario, el tejido conectivo y las articulaciones > Sección 3. Trastornos de articulaciones y tejidos adyacentes > Capítulo 312. **Cuadro 312-3.**