

13

13

Qué es?

La
Artrosis

13

¿Qué es? La Artrosis

Las articulaciones son los componentes del esqueleto que nos permiten el movimiento y, por tanto, nuestra autonomía funcional y la vida de relación. Se forman por la unión de dos huesos a través de la cápsula articular.

En el interior de las mismas existe, generalmente, un fluido llamado líquido sinovial que es producido por la membrana sinovial. Los extremos óseos que se unen para formar la articulación están recubiertos por el cartilago articular (figura 1).

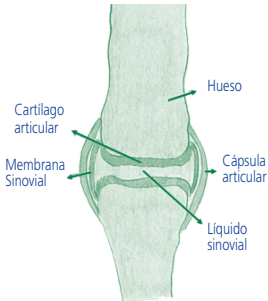
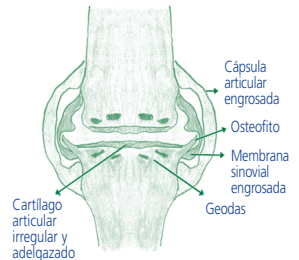


Figura 1. Esquema de una articulación normal.

La artrosis es una enfermedad que lesiona el cartilago articular y origina dolor, rigidez e incapacidad funcional. Habitualmente se localiza en la columna cervical y lumbar, algunas articulaciones del hombro y de los dedos de las manos, la articulación de la raíz del pulgar, la cadera, la rodilla y la articulación del comienzo del

Figura 2.



dedo gordo del pie (figura 2).

Fuera de estos lugares, la artrosis es rara y, cuando aparece, se debe sospechar la existencia de un daño previo o de otra enfermedad articular subyacente.

En España, la artrosis afecta al 10% de la población general, representando casi la cuarta parte del total de pacientes atendidos en las consultas de los reumatólogos. La frecuencia con que afecta a las personas aumenta con la edad (sobre todo a partir de los 40-50 años), aunque no se debe considerar a esta enfermedad como una consecuencia ineludible del envejecimiento articular.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

No conocemos, de forma definitiva, la causa de la artrosis. Las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren que existen determinados factores que aumentan el riesgo de padecer esta enfermedad; la obesidad, determinadas ocupaciones y actividades laborales, la herencia y la raza, y el excesivo ejercicio físico se cuentan entre ellas.

El exceso de peso corporal incrementa el riesgo de artrosis en la rodilla. También hay personas que desarrollan artrosis en otros lugares por un uso excesivo o inadecuado de las articulaciones correspondientes. Es conocido, efectivamente, el riesgo incrementado de padecer artrosis de rodilla que presentan los futbolistas por haber recibido golpes y lesiones repetidas en la misma.

En algunas familias es más frecuente que aparezca la artrosis por transmitir en sus genes alteraciones en la producción de proteínas (colágeno) muy importantes para la fabricación de un cartilago articular normal. Algunas mujeres con predisposición hereditaria pueden desarrollar artrosis en los dedos de las manos. De hecho, la

artrosis de las manos y las rodillas es más frecuente en mujeres. También se puede nacer con anomalías en la configuración de los extremos de los huesos que forman las articulaciones o con alteraciones que permiten que éstas se muevan en exceso (la llamada laxitud articular). En estas dos últimas circunstancias también se ve incrementado el riesgo de padecer artrosis.

La artrosis no es debida a ciertos tipos de clima ni a los componentes de la dieta. Ocurre en todo el mundo y a veces los pacientes pueden tener más dolor cuando baja la presión atmosférica o hay más humedad, aunque ello no signifique que la lesión artrósica haya empeorado.

¿CUÁL ES EL SUSTRATO ANATÓMICO DE LA LESIÓN?

El componente de la articulación que sufre desde el principio en la artrosis es el cartílago articular. En las articulaciones normales, el cartílago articular junto con el líquido sinovial proporciona las propiedades necesarias para almohadillar y permitir el roce y el choque entre los dos huesos que se articulan. Cualquier persona que haya contemplado la necesidad de rodamientos y de líquido lubricante en maquinarias industriales comprenderá fácilmente la misión que tiene el cartílago articular en el esqueleto.

La enfermedad del cartílago articular lo lesiona y altera notablemente la función de la articulación. Este deterioro evoluciona en varias fases (tabla 1). En un primer momento el cartílago deja de ser firme y se reblandece; se vuelve frágil y quebradizo, pierde su elasticidad habitual y la capacidad de amortiguar. En una fase intermedia, se adelgaza y en determinadas zonas desaparece, dejando de recubrir y de proteger al hueso que está debajo. Finalmente, aparecen zonas en las que el extremo del hueso que se articula deja de estar protegido por el cartílago articular, quedando aquél expuesto a fuerzas físicas a las que no está preparado para resistir. Imagínese usted dos huesos rozando total o parcialmente entre sí en movimientos que, a veces, se realizan multitud de veces al día. La consecuencia de esto es que el hueso articular sufre y reacciona. Se vuelve más

Tabla 1

Lesiones estructurales de la artrosis y la forma en que se ven en las radiografías

LESIÓN ESTRUCTURAL	IMAGEN EN RADIOLOGÍA
Adelgazamiento del cartílago.	Estrechamiento del espacio articular.
Compactación del hueso.	Hueso articular más blanco.
Crecimiento del hueso marginal.	Osteofito.
Engrosamiento de la membrana sinovial y derrame articular.	Aumento de las partes blandas.

compacto y se deforma, crece en los extremos y márgenes formando unas excrescencias o picos que los médicos llamamos “osteofitos” (figura 3).

El cartílago articular es una estructura que desempeña una función perfecta, desde el punto de vista de la mecánica biológica articular. Hay que cuidarlo y protegerlo, porque su lesión es, a menudo, irreparable. El daño del cartílago en la artrosis, produce síntomas de una forma indirecta, por irritación de otras estructuras de la articulación.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

Aunque puede no dar síntomas -por ejemplo en la columna es frecuente encontrar signos radiográficos de artrosis sin que el individuo tenga dolor-, el síntoma fundamental de la artrosis es el dolor. Este dolor suele aparecer cuando se exige un esfuerzo a la articulación enferma, bien sea de movimiento o de carga (para las

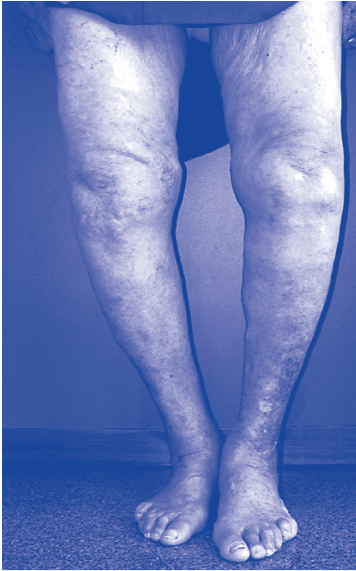


Figura 3. Arqueamiento de las rodillas por artrosis.



Figura 4. Nódulos artrósicos en los dedos de las manos.

típico de la artrosis de rodilla, lo que unido al dolor aumenta la inestabilidad e inseguridad, especialmente al bajar escalones.

En la artrosis de la columna vertebral se produce dolor de cuello o de la región lumbar, dificultad para el movimiento y contractura de los músculos de la región afectada. En determinadas ocasiones, por irritación de los nervios que salen entre las vértebras, el dolor puede transmitirse a las extremidades, especialmente a las inferiores, con crisis de ciática. Otra posibilidad cuando el paciente aqueja dolor en el muslo (por dolor irradiado) es que la artrosis se localice en la cadera.

articulaciones de los miembros inferiores y de la columna lumbar) y en general empeora a medida que avanza el día. Más adelante, con el progreso de la enfermedad, el dolor puede aparecer con el reposo o el descanso nocturno.

Después de un rato de reposo o descarga (sentado o acostado), si usted padece una artrosis, puede notar que le cuesta empezar a mover la articulación enferma, que ésta se ha vuelto rígida, como si estuviera “mal engrasada”. Esto le puede condicionar un cierto grado de discapacidad funcional. También pueden notarse crujidos con el movimiento de las articulaciones. La artrosis de rodilla o cadera puede causar dificultad para levantarse de una silla, salir de un coche o subir y bajar escaleras.

El crecimiento de los extremos de los huesos que forman la articulación puede hacer que la articulación se agrande y ensanche. Efectivamente, en las articulaciones de los dedos de las manos puede aparecer este fenómeno en la parte superior y lateral de las mismas. La artrosis no suele alterar el alineamiento de los huesos que forman la articulación, con dos excepciones notables: la rodilla y las articulaciones finales (nudillos) de los dedos de las manos. En estos lugares, pueden aparecer piernas arqueadas hacia afuera o hacia adentro, o dedos desviados en la falange final (figuras 3 y 4).

Algunos enfermos con artrosis pueden notar episodios de hinchazón y derrame en las articulaciones, con acumulación de líquido en las mismas. Efectivamente, aunque la membrana sinovial no es un componente de la articulación que enferme de principio en la artrosis, en determinados momentos de la evolución de la enfermedad y en ciertos lugares, puede resultar irritada y originar un cierto grado de inflamación. En estas circunstancias pueden cambiar algo las características del dolor del paciente y su distribución en la jornada diaria.

Una característica no exclusiva de la artrosis es la atrofia muscular, por dolor y pérdida de la función. El adelgazamiento del muslo es

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Los datos fundamentales que permiten el diagnóstico de la artrosis son los síntomas que usted refiere como paciente y las alteraciones que observe su médico tras el examen adecuado de sus articulaciones. Los análisis

de sangre y orina no resultan alterados por esta enfermedad. A veces, se puede extraer líquido de las articulaciones artrósicas y analizarlo. Esto resulta útil para aliviar el dolor y eliminar la posibilidad de otras enfermedades en la articulación. Las radiografías simples de las articulaciones ayudan a confirmar el diagnóstico, informan de la intensidad del daño y permiten descartar otras lesiones (tabla 1). Las radiografías simples del esqueleto resultan especialmente útiles en personas menores de 60 años de edad, donde existe una buena relación entre los síntomas y las anomalías radiológicas.

¿CÓMO SE TRATA?

Los objetivos que perseguirá su médico, a la luz de la disponibilidad de medios que le proporciona la ciencia médica actual, cuando le recomiende un tratamiento para la artrosis son el alivio de su dolor articular y el mantenimiento de su capacidad funcional. Para ello, se dispone de diversas alternativas, que incluyen los tratamientos físicos, los medicamentos y, a veces, la cirugía (tabla 2). Las claves del tratamiento son el ejercicio, combatir la obesidad y los analgésicos/antiinflamatorios.

No existe una dieta especial para las personas con artrosis, de modo que los remedios como iones y diversos derivados de cartilago que no se venden como medicamento carecen de respaldo científico. Las medicinas alternativas, salvo la acupuntura, tienen en general un efecto similar al “placebo”, es decir, al de una cápsula o inyección de medicamento que está vacía o simplemente con suero salino. Cambiar de residencia buscando un clima más cálido no tiene sentido, al no influir a largo plazo sobre la enfermedad, si bien pudiera afectar temporalmente a los síntomas.

Las medidas físicas suponen una serie de procedimientos destinados a mejorar la sintomatología y la habilidad para desempeñar las tareas laborales, domésticas, de la vida de relación y del cuidado personal. Se aconseja realizar las tareas físicas de forma intermitente, alternando con períodos de descanso. Para la artrosis de manos es conveniente no abusar de movimientos repetitivos como la costura y diversas manualidades. Se incluyen aquí el aprendizaje y, sobre todo, la práctica diaria de ejercicios físicos destinados a mejorar la movilidad articular y a potenciar la fuerza muscular, así como el uso juicioso del calor y frío, y de férulas y sistemas ortopédicos que ayuden a disminuir la sobrecarga de una articulación artrósica.

El calor local puede aliviar temporalmente el dolor, pudiendo aplicarse en forma de baños de agua (en la artrosis de las manos), manta eléctrica o similar.

El ejercicio aeróbico (natación, paseo) practicado regularmente ayuda al control de la enfermedad y a prevenir la atrofia muscular.

Existen férulas para mantener en reposo la articulación dolorida, como en la base del pulgar (muñequera) o en los dedos de los pies (plantillas). La artrosis de rodilla o cadera podría beneficiarse del uso apropiado de un bastón o muleta para llevarlo en la mano contraria al lado que duele. En el caso de los pies, se aconseja zapato de suela blanda y gruesa para que absorba los impactos con un tacón no demasiado alto. Piense en la posibilidad de modificar la disposición de los muebles y aparatos en el trabajo para evitar la sobrecarga de las articulaciones, y también en el domicilio, como el poner ducha en lugar de bañera.

Eliminar o atenuar la obesidad resulta particularmente útil y necesario en la artrosis de rodilla, y también puede disminuir el dolor en otras articulaciones de carga, como la cadera y la columna lumbar. Se ha demostrado que el sobrepeso aumenta el riesgo no sólo de padecer artrosis de rodilla sino también de su progresión. La fórmula para conseguir reducir el peso corporal excesivo se basa en ingerir menos calorías con la dieta y en incrementar la actividad física habitual.

La depresión unida a un mal dormir puede aumentar el dolor del paciente artrósico, de modo que debe ser tratada adecuadamente.

Tabla 2
Tratamientos de la artrosis

Tratamiento físico.	Ejercicios. Calor/frío. Férulas. Bastones.
Tratamiento médico.	Medicamentos analgésicos. Medicamentos antiinflamatorios. Infiltraciones. Capsaicina tópica. Otras medicaciones tópicas. Sulfato de glucosamina, condroitín sulfato, diacereína.
Cirugía.	Limpieza. Osteotomía. Prótesis.

Los medicamentos que habitualmente se recetan para el tratamiento de la artrosis persiguen el fin de aliviar sus síntomas. Un medicamento analgésico es aquel que combate el dolor, incluyendo el dolor articular, pero no afecta a la artrosis en sí misma. El paracetamol es uno de ellos. Los antiinflamatorios no esteroideos son medicamentos que luchan contra el dolor, la inflamación y la rigidez de las articulaciones en la artrosis. Se pueden utilizar largos períodos de tiempo porque no producen tolerancia, es decir, que no pierden su efecto (si han sido eficaces) al prolongarse su administración. Tampoco originan una dependencia, lo cual significa que se pueden suspender sin que se sufra ninguna necesidad obsesiva de seguir tomándolos. No son “drogas”: no se acostumbra uno a ellos ni se sufre un síndrome de abstinencia (“mono”) cuando se suprimen. En algunos momentos puede ser necesario ayudar al paracetamol y a los antiinflamatorios no esteroideos con otros analgésicos como el tramadol o la codeína.

El mantenimiento de un tratamiento sintomático, como el de la artrosis, requiere de medicamentos eficaces, seguros y cómodos de tomar. La respuesta de cada paciente a los antiinflamatorios es variable. Se hace, pues, a menudo necesario probar con distintos medicamentos de este grupo hasta encontrar el que es más eficaz en cada paciente en concreto. Una sola toma diaria del medicamento facilita el cumplimiento del tratamiento. Uno de los inconvenientes habituales en el uso de esta medicación es la posibilidad de irritar el estómago y de lesionarlo. Por eso, a veces se recomienda ingerirlos con un medicamento que lo proteja. Una nueva generación de antiinflamatorios, los inhibidores selectivos de la cox-2, con acción más específica y selectiva sobre el dolor y la inflamación, respetando la integridad del tubo digestivo, ayudará a mejorar este tipo de tratamiento.

Los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos se suelen administrar por la boca. Existe también la posibilidad de que se le receten por vía tópica, es decir sobre la piel que recubre la articulación artrósica, en forma de pomada, crema, nebulizador o spray. La capsaicina es un medicamento que también se administra por esta vía tópica para aliviar el dolor, reduciendo la cantidad de sustancias que transmiten, en los nervios, la señal dolorosa hacia el cerebro.

Las infiltraciones de derivados de la cortisona o de ácido hialurónico dentro de las articulaciones con artrosis pueden resultar, a veces, necesarias para el tratamiento. El ácido hialurónico es similar al líquido articular y se administra en tandas de 3 a 5 inyecciones (una cada semana), tardando más tiempo que el corticoide en pro-

ducir mejoría. El sulfato de glucosamina es un medicamento que podría actuar como nutriente del cartílago articular artrósico, aliviando la sintomatología y retrasando la evolución de la enfermedad. En el mismo grupo que el sulfato de glucosamina se encuentran el condroitín sulfato y la diacereína, con un mecanismo de acción diferente a los antiinflamatorios y que pueden necesitar varias semanas de tratamiento para producir alivio.

En algunos pacientes con artrosis avanzada e incapacitante puede ser necesaria la cirugía para atenuar el dolor y recuperar la mayor función posible de la articulación, o corregir una deformidad. Algunas intervenciones se pueden hacer para limpiar y lavar la articulación, eliminando adherencias y cuerpos extraños. La osteotomía permite, cortando cuñas de hueso, realinear y colocar en posición correcta la articulación. Se aplica, sobre todo, a la rodilla. La artroplastia consiste en sustituir total o parcialmente las zonas enfermas de la articulación, utilizando prótesis artificiales formadas por componentes de metal, plástico y cerámica. Las artroplastias más frecuentes son las de cadera y rodilla.

¿CÓMO EVOLUCIONA?

La artrosis es una enfermedad crónica que se desarrolla a lo largo de muchos años. De todas formas, no siempre es progresiva y, en general, la mayoría de los pacientes puede llevar una vida normal. No existe, hoy día, un tratamiento curativo para la artrosis. Pero, al igual que sucede con otros padecimientos crónicos, los síntomas que origina la artrosis se pueden aliviar y atenuar, permitiendo que el paciente que la sufre padezca lo menos posible.