

## 11 artículo

Francisco López [[Buscar autor en Medline](#)]



### Artrosis

[Ver resúmen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

### Texto completo

#### Definición

Enfermedad osteoarticular crónica y prevalente producida por un proceso degenerativo del cartílago articular y los cambios reactivos en las estructuras óseas i periarticularesadyacentes.

#### Clínica

Las manifestaciones clínicas se inician habitualmente entre la 4ª y 5ª década de la vida en forma de:

- **Dolor**, como síntoma principal<sup>1</sup>, de características mecánicas. Se inicia con la función articular y disminuyen con el reposo. El dolor nocturno es raro apareciendo solo en fases avanzadas. La intensidad del dolor es variable según la persona influyendo el dintel de sensación dolorosa que es muy variable. Las causas del dolor son múltiples, debiéndose explicar tanto por la afectación articular propiamente dicha (afectación cartílago articular, hueso subcondral, sinovial, meniscos, etc.), como por la afectación periarticular (ligamentos, estructuras tendinosas, etc.)<sup>2</sup>.

Existe poca correlación entre la expresividad clínica y la radiología, fenómeno conocido como disociación clínico-radiológica, presentándose en algunos casos importantes cambios radiológicos acompañados de escaso dolor y viceversa, un dolor intenso e invalidante acompañado de moderados cambios radiológicos. Este fenómeno es más relevante en menores de 65 años, hallándose mejor correlación en personas de edad más avanzada<sup>3</sup>.

- **Rigidez articular**, localizada, matutina y desaparece después de la movilización en pocos minutos (nunca superior a 30 minutos). El hecho de su corta duración lo diferencia de la rigidez que producen diferentes enfermedades inflamatorias que en su inicio pueden confundirse con una artrosis.
- **Deformidad articular** secundaria a la reacción osteofítica y de estructuras adyacentes a la articulación. Son más evidentes en manos, pies y rodillas. Es, en muchas ocasiones el motivo de consulta en caso de ausencia de dolor.
- **Crujidos**: son frecuentes y fáciles de reproducir en la exploración, no teniendo importancia si se presenta de manera aislada. Producidos por el roce de los cartílagos deteriorados, que hay que diferenciar de los chasquidos articulares que producen muchas articulaciones normales, de etiología más incierta.
- **Limitación de la movilidad** producida por las reacciones osteofíticas periarticulares y las contracturas musculares secundarias, que si evolucionan condicionan una incapacidad importante como es el caso de la articulación de la cadera y rodilla (contractura en flexión antiálgica)
- **Quistes subcutáneos** de predominio en interfalanges distales de manos con un contenido de material mucoide en comunicación con la articulación.

Clasificación según la articulación afecta:

- **Central**: con afectación del raquis cervical, dorsal y /o lumbar, también llamada espínuloartrosis
- **Periférica**: con afectación de manos, rodillas cadera, hombro, codo, pies, etc.
- **Poliartrosis**: afectación generalizada a nivel central y periférico.

### bibliografía

1. Brooks P, Hochberg M; ILAR; OMERACT. Outcome measures and classification criteria for the rheumatic diseases. A compilation of data from OMERACT (Outcome Measures for Arthritis Clinical Trials), ILAR (International League of Associations for Rheumatology), regional leagues and other groups. Rheumatology (Oxford). 2001 Aug; 40(8): 896-906.

2. Villaroel Rodríguez J.N, Pastor Rodríguez-Moñino A, Martínez García-Olalla C, Pérez Soria M.I, Prado García-Moreno JA, Gonzalo González S. ¿Qué hay debajo de la gonalgia en la población general? Aten Primaria 2001. Diciembre. 28(10): 690-693.

3. Felson DT, Nevitt MC. Epidemiologic studies for osteoarthritis: new versus conventional study design approaches Rheum Dis Clin North Am. 2004 Nov; 30(4):783-97, vii. Review.

4. Waldron HA. Osteoarthritis of the hands in early populations. Br J Rheumatol. 1996 Dec;35(12):1292-8.

5. Neame RL, Muir K, Doherty S, Doherty M. Genetic risk of knee osteoarthritis: a sibling study. Ann Rheum Dis. 2004 Sep;63(9):1022-7.

[Ver más](#)

### enlaces

No hay enlaces de interés



Las manifestaciones clínicas son muy variadas dependiendo de la articulación o articulaciones afectas<sup>6</sup>.



### Localizaciones más frecuentes de la artrosis

- **Espondiloartrosis** o afectación del raquis o columna vertebral (**Figura 1**): Producida por afectación de las diferentes articulaciones que componen la columna vertebral. Son más frecuentes en los últimos segmentos cervicales y lumbares, inmediatamente por encima de los segmentos más rígidos como son el dorsal y el sacro. Es importante en su inicio la degeneración discal con fisuración, deformación y degeneración fibrilar del cartílago hialino, esclerosis del hueso subcondral y formación de osteofitos en un intento de compensar la movilidad anormal del disco degenerado. Es muy evidente la disociación clínico-radiológica. Es importante el estudio radiológico para el diagnóstico correcto dado la gran frecuencia de dolor en dicha zona.
- **Artrosis de manos (Figura 2)**: Muy prevalente y con repercusiones clínicas importantes dada la importancia de estas articulaciones en las actividades habituales domésticas y laborales que habitualmente sobrecargan la articulación produciendo un proceso degenerativo. Las articulaciones afectas más frecuentes son las interfalángicas distales o nódulos de Heberden, la interfalángicas proximales o nódulos de Bouchard, junto a la trapeciometacarpiana<sup>4</sup>. La afectación metacarpofalángica y de muñeca es menos común lo que ayuda al diagnóstico diferencial de otras enfermedades inflamatorias importantes que afectan a manos como la artritis reumatoide.
  - **Nódulos de Heberden**: Deformaciones palpables en las articulaciones interfalángicas distales. Son hereditarios y afectan de forma simétrica a ambas manos. Es un problema generalmente estético que puede complicarse con pequeños brotes de dolor alternando con periodos asintomáticos.
  - **Nódulos de Bouchard**: Localizados en las articulaciones interfalángicas proximales. Cursan con deformidad articular y dolor escaso, limitando discretamente la flexión. Habitualmente se hayan en pacientes con nódulos de Heberden. Suelen aparecer posteriormente a ellos, por lo que no dan problemas diagnósticos.
  - **Artrosis trapeciometacarpiana**: muy prevalente, provocando dolor que puede ser intenso con la movilización de la articulación. Suele persistir varios años, con etapas de dolor importante que limita de manera notable la función articular, pudiendo desaparecer el dolor al establecerse definitivamente la deformidad de la articulación (subluxación), con la consecuente afectación estética y pérdida de movilidad.
- **Coxartrosis** o artrosis de la cadera (**Figura 3**): es una de las localizaciones de peor pronóstico debido al trastorno funcional que comporta. Provoca un dolor en la región inguinal que irradia a la cara anterior de muslo hacia la rodilla. Esto explica la importancia de explorar la cadera en todo dolor de rodilla. Después del dolor aparece una limitación de la movilidad progresiva, cursando con exacerbaciones álgidas a menudo frecuentes y bruscas. La exploración física demuestra dolor a la presión en la zona inguinal con actitud en ligera flexión del muslo con limitación de los movimientos pasivos especialmente la adducción, flexión e hiperextensión.

La evolución es normalmente progresiva con aumento de la invalidez aunque se puede estabilizar si no hay factores que la agraven (sobrecarga, necrosis de la cabeza femoral, etc.).

- **Gonartrosis** o artrosis de rodilla (**Figura 4**): afecta a ambos sexos aunque es clásicamente predominante en mujeres<sup>4</sup> (**Tabla 1**), con dolor como síntoma guía, de características mecánicas. Es unilateral en su inicio con tendencia a hacerse bilateral. Se localiza en la cara anterior y medial de la rodilla, predominando al bajar escaleras. El dolor puede ser causado, además de por la afectación articular (femorotibial interna, externa y patelofemoral), por la frecuente patología asociada de las estructuras periarticulares (bursitis anserina, tan común en el paciente con gonalgia, tendinitis, etc.)<sup>2</sup>.

En la exploración física hallamos con frecuencia deformidad articular (secundaria a las formaciones osteofíticas), crujidos y limitación de la flexoextensión. La evolución es progresiva en forma de brotes dolorosos con episodios de remisión de síntomas si se consigue, sobretodo, la reducción ponderal y la sobrecarga articular.

- **Otras localizaciones**: Cualquier articulación puede verse afectada por el proceso artrósico. Tobillo, tarso, primera articulación metatarsofalángica, muñeca, hombro, codo, articulación acromioclavicular son localizaciones que con menor frecuencia se afectan por la artrosis, siendo en la mayoría de casos secundaria a otros procesos concomitantes (traumatismos, enfermedades inflamatorias, gota, etc.). Su evolución dependerá de la causa que la provoca y la sobrecarga que deba soportar

la articulación.

- **Poliartrosis (Figura 5):** Muy común, de predominio en mujeres afectando a múltiples articulaciones simultáneamente (manos, columna vertebral, rodilla, cadera, etc.). El motivo de consulta es una deformidad articular, a veces indolora, encontrando a la exploración física y radiológica una afectación del resto de articulaciones.

Es evolutiva con la edad, siendo el dolor a veces generalizado, en ocasiones localizado a una articulación en concreto. Si afecta a articulaciones importantes (rodilla, cadera, etc.) de manera simultánea, marcará un mal pronóstico por la incapacidad que genera.

## Diagnóstico

Está basado en la combinación de la clínica y la radiología asociado a una normalidad analítica<sup>1</sup>. Ocasionalmente hacen falta realizar otras pruebas complementarias para establecer un diagnóstico diferencial correcto. Por su alta prevalencia es común el diagnóstico basándose solo en la clínica<sup>7</sup>, siendo de importancia realizar un diagnóstico lo más preciso posible.

- **Radiología simple:** Sigue siendo la prueba de elección, junto con la clínica, para realizar un diagnóstico correcto e incluso para realizar el seguimiento de la progresión en el tiempo<sup>8</sup>. Es importante recordar que para el estudio radiológico es básico el realizar estudio comparativo de las articulaciones contralaterales.

Los criterios radiológicos clásicos son:

- **Pinzamientos de la interlínea articular:** siempre en comparación con la articulación simétrica, es precoz pero poco específico. Se ha usado como predictor de la progresión de la enfermedad en articulaciones como la cadera<sup>9</sup>.
- **Osteofitosis:** es el más específico, nacen en los márgenes óseos en un intento de compensar la articulación.
- **Esclerosis subcondral:** signos tardíos producidos por la afectación del hueso subcondral.
- **Quistes óseos subcondrales:** aparecen en artrosis muy evolucionadas por aumento de la presión subcondral. Muy frecuentes en cadera y rodillas<sup>10</sup>.
- **Luxaciones y cuerpos libres intraarticulares:** es la evolución final de la enfermedad, siendo predominante en rodillas y manos.
- **Laboratorio.** No siendo imprescindible para el diagnóstico es recomendable disponer de una analítica general (hemograma, velocidad de sedimentación, bioquímica general, etc.). No hay ninguna prueba que ayude al diagnóstico de artrosis aunque puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial con otro tipo de enfermedades inflamatorias. Es importante el estudio del líquido sinovial para descartar otras enfermedades coexistentes. La presencia de un derrame pequeño o moderado es común. El líquido sinovial es viscoso, con pocas células en su mayoría mononucleares.

En ocasiones, cuando el proceso es incipiente con importante dolor y pocas o nulas alteraciones radiológicas, más frecuente en personas jóvenes, puede ser necesario realizar otros tipos de exploraciones complementarias como:

- **Tomografía axial computarizada (TAC):** exploración habitual en el estudio del raquis que complementa a los estudios con radiología simple en el diagnóstico diferencial y seguimiento de la artrosis.
- **Resonancia Magnética Nuclear (RMN):** estudio no ionizante que favorece el estudio óseo y de partes blandas periarticulares a nivel, sobretodo, de columna vertebral y rodilla, aunque su uso es cada vez más frecuente en todas las articulaciones.
- **Artroscopia:** Técnica invasiva que permite visualizar la articulación con las diferentes afectaciones articulares previas a los cambios radiológicos (tumefacción y/o edema del cartílago, fisuras superficiales incipientes, etc.). Es común su uso en el estudio de la articulación de la rodilla (**Tabla 2**).

## Pronóstico

La artrosis es una enfermedad en principio de pronóstico benigno, dependiendo de la localización y su etiología la evolución puede ser más o menos invalidante.

Desde el buen pronóstico de los nódulos de Heberden hasta la incapacitación total de la coxartrosis existen tantos pronósticos como pacientes, ya que dependerá de aspectos físicos, psíquicos y hasta laborales que el paciente sienta en mayor o menor grado la limitación de su actividad diaria. Se sabe muy poco de la evolución natural de la artrosis.

En general la enfermedad evoluciona lentamente de modo no lineal y parte del deterioro funcional o de los síntomas pueden deberse al envejecimiento de la persona. También hay mejorías sintomáticas que pueden depender en parte a adaptación a la enfermedad y a cambios en las demandas del enfermo. A largo plazo muchos enfermos se estabilizan y la mejoría sintomática es común. Posibles factores de mal pronóstico son la obesidad y la inestabilidad articular. Si ninguna de estas condiciones está presente se puede dar a los enfermos un pronóstico relativamente optimista.

Los factores expuestos en la tabla anterior son relevantes a la hora de prever la evolución y progresión de la artrosis en una persona en concreto<sup>12</sup>. Existen factores no modificables como puede ser la edad, sexo, raza y factores genéticos, debiendo hacer especial énfasis en los factores locales para evitar en lo posible la evolución de la enfermedad.

- La **obesidad** se ha demostrado como el factor más influenciado en articulaciones como la rodilla, ya que pequeñas pérdidas ponderales provocan mejorías significativas de la clínica y radiología<sup>13</sup>.
- Evitar la **sobrecarga articular**. En determinadas profesiones mediante estudios ergonómicos y de sobrecarga articular localizadas, se ha conseguido disminuir la progresión de la artrosis. Se ha encontrado mucha relación entre la actividad laboral y la aparición y evolución de la artrosis<sup>14</sup>, creando un conflicto habitual en las consultas de atención primaria por la dificultad que origina el cambio de actividad profesional, lo que empeora el pronóstico a medio y largo plazo, convirtiendo la enfermedad en un proceso con dimensiones biopsicosociales.
- Los **deportes de competición** se han relacionado con la aparición de artrosis en las articulaciones que reciben sobrecargas importantes de manera continuada<sup>15</sup>.
- La **atrofia muscular**, sobre todo del cuádriceps femoral en la articulación de la rodilla, provoca una mayor evolución del proceso degenerativo<sup>16</sup>. Asimismo en la espóniloartrosis suele ser un problema añadido al propio problema articular.

