

## **ARTROSIS PERIFÉRICAS**

Prof. Agda. Dra. Renée Souto

La presente guía para el diagnóstico y tratamiento de las artrosis periféricas fue presentada en el Curso de Educación Médica acreditado por la Escuela de Graduados, destinado a médicos generalistas y reumatólogos, realizado en setiembre de 2007 y titulado :”Artrosis periféricas: nuevo encare de una vieja enfermedad”. A pedido de la Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Reumatología se envía para su publicación, en la esperanza que constituya una herramienta útil para el manejo de las artrosis periféricas.

## **GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ARTROSIS PERIFÉRICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

### ***Generalidades***

La artrosis u osteoartritis (OA) es una enfermedad de extremada frecuencia.

Es la artropatía más frecuente en el mundo. Generalmente subestimada, ocupa el 2º lugar entre las enfermedades crónicas, siguiendo a las cardiovasculares. En EEUU es la segunda causa de incapacidad laboral después de la enfermedad isquémica cardíaca y en España es la primera causa de incapacidad laboral permanente.

Constituye un importante problema para la Salud Pública, sobre todo en poblaciones envejecidas como la nuestra. En Uruguay representa aproximadamente el 60% de la consulta reumatológica privada y el 43% de los pacientes que consultan en el INRU, cifras que probablemente no reflejen la incidencia real, habida cuenta que en nuestro país como en otros , muchos pacientes reumáticos sintomáticos consultan otros especialistas, a lo que se agrega una alta frecuencia de derivación desde atención primaria a traumatología.

Tiene un alto costo para el sistema sanitario y para los individuos afectados. Ello puede medirse en términos de *costos directos* (honorarios médicos; costos farmacéuticos; paramédicos: fisioterapeutas, kinesioterapeutas, enfermeros, etc.) y *costos indirectos* (pérdida de días de trabajo, invalidez, traslados o pérdidas de empleo, jubilaciones anticipadas).

Afecta a ambos sexos, con preferencia por el sexo femenino para la artrosis de manos y rodillas (entre 1,5 y 4 veces más frecuentes en la mujer). En artrosis de cadera.

Las manifestaciones clínicas se inician en general después de los 40 años, con un pico de incidencia máxima entre los 50 y 70.

En cuanto a la localización, se presenta con igual frecuencia en el raquis y en las articulaciones periféricas consideradas en conjunto.

### **Definición**

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) la define como: *"un grupo heterogéneo de afecciones que provocan síntomas y signos articulares que están relacionados con defectos en la integridad del cartílago articular, asociados a cambios marginales del hueso subyacente."*

Vemos que su definición se vincula a hechos clínicos y patológicos. La traducción clínica de los hechos anatómicos la da la imagenología, por lo tanto cualquier definición de la enfermedad hace necesaria la consideración de elementos clínicos, radiológicos y patológicos.

### **Clínica**

La artrosis se presenta como una artropatía dolorosa, de evolución crónica e intermitente, con variaciones según: la predominancia de unos u otros factores etiológicos, la articulación afectada y el paciente.

El *síndrome artrósico* se caracteriza por:

- I) Un *perfil clínico* dado por: a) el dolor de tipo mecánico, desencadenado o exacerbado por los esfuerzos, que calma con el reposo y que presenta la característica disquinesia dolorosa post reposo (DDPR); b) la presencia de ruidos articulares (roces, crujidos y craqueos) audibles o palpables con la movilización articular y c) la instalación de una limitación funcional que será transitoria cuando estamos frente a un empuje inflamatorio de la enfermedad, o permanente cuando se asiste a un deterioro importante del órgano articular (todos los elementos que componen la articulación: cartílago, hueso subcondral, sinovial, ligamentos, cápsula, tendones, músculos). *Con el concepto de articulación como órgano la artrosis puede definirse como una insuficiencia o falla articular.*
- II) Un *perfil radiológico* definido por: a) normalidad de las partes blandas, b) esclerosis subcondral, c) osteofitosis, c) disminución asimétrica del espacio articular y remodelación de las superficies articulares. Estas alteraciones radiológicas suelen estadificarse en 5 grados de acuerdo a la clasificación de Kellgren y Lawrence.
- III) Este síndrome no presenta alteraciones de los exámenes corrientes de laboratorio, salvo un leve a moderado aumento de la VES durante el empuje inflamatorio. Los marcadores biológicos de la artrosis son positivos, pero no se usan en la clínica práctica diaria.

Definidas así las características más relevantes del síndrome artrósico, es necesario señalar hechos importantes a considerar para el planteo diagnóstico de una artropatía:

- el 50% de las artrosis presentan dolor de reposo
- el 30% de las artrosis experimentan dolor nocturno
- no siempre existe correspondencia exacta entre la intensidad de las manifestaciones clínicas y el grado de alteración radiológica (es frecuente que pacientes con escasos signos radiológicos estén muy

doloridos y viceversa), por lo que se considera una característica de la artrosis la disociación clínico radiológica.

Por otra parte, hay evidencias de lesiones radiológicas de artrosis en porcentajes elevados de las poblaciones de los cuales sólo entre el 30 y el 50% son sintomáticos.

### **Anatomía patológica**

Muestra la lesión del cartílago, el compromiso del hueso subcondral, la reacción ósea marginal y frecuentemente una sinovitis secundaria, con o sin derrame. En etapas avanzadas, hay denudación ósea, remodelación de la superficie articular y deterioro de todas las estructuras del órgano articular (cápsulas, tendones, ligamentos).

### **Clasificación**

Las artrosis se pueden clasificar:

#### *Por la clínica:*

Latente- paciente asintomático que frente a sobrecarga funcional importante tiene manifestaciones que son rápidamente compensadas por gestos terapéuticos a veces mínimos.

Compensada- los sufrimientos son mínimos o inexistentes (sólo DDPR o roces en el examen).

Descompensada- el dolor y la impotencia funcional son importantes.

#### *Por las articulaciones comprometidas:*

- Mono, oligo o poliarticular
- articulación comprometida y localización en articulación (ej: gonartrosis fémoro tibial interna)
- artrosis generalizada (Kelgreen y Moore): raquis y artic. periféricas en forma bilateral y simétrica

#### *Por las circunstancias de aparición:*

Primarias

Secundarias a alteraciones articulares previas

Actualmente no se considera consistente la separación en artrosis primarias y secundarias (dada la fuerte correlación estadística entre artrosis de rodilla, antes considerada en general secundaria, y artrosis de manos, clásicamente primaria), y se plantea que en la mayoría de los casos se conjugan factores locales y sistémicos en el determinismo de la enfermedad y su evolución. El modelo etiopatogénico propuesto por Dieppe plantea que una variedad de factores de naturaleza sistémica (determinantes genéticos, sexo, raza y factores hormonales), determinan una predisposición general al desarrollo de la artrosis. Estos factores interactúan con aspectos de la biomecánica articular para determinar la instalación, localización y gravedad de la enfermedad en cada articulación o grupo de articulaciones.

### **Artrosis periféricas**

La artrosis afecta, en los miembros, fundamentalmente las articulaciones de las manos, las rodillas y la cadera. Solemos decir que el hombro y el codo,

salvo en algunas circunstancias predisponentes, están en general al abrigo de la artrosis. De todos modos, en pacientes añosos, la artrosis de hombros se presenta con relativa frecuencia.

### **Artrosis de manos**

Comprende por orden de frecuencia:

**a) Artrosis interfalángica distal de los dedos** – Constituyen los clásicos nódulos de Heberden que se presentan como nódulos laterales de las articulaciones interfalángicas distales. En general son sintomáticos al inicio, provocando dolor o sensaciones disestésicas como ardor, pinchazos o sensación de quemadura. A veces, presentan inflamación importante simulando un panadizo. Una vez constituídos, como dos nódulos laterales del tamaño de una arveja y separados por un surco medio, molestan más por razones estéticas que por dolor. No ocasionan trastornos funcionales. (foto 1)

Deben distinguirse de los nódulos post traumáticos y de la artropatía psoriática. En ambos la tumefacción de la IFD es global, no existe surco medio.

Ante la aparición de un quiste mucoso en esta localización, debe evaluarse la posibilidad de su tratamiento quirúrgico, si se plantea la fistulización con la articulación.

**a) Artrosis del pulgar (rizartrrosis o artrosis de raíz del pulgar).**

Comprende:

la artrosis trapezometacarpiana y la artrosis trapezoescafoidea.

Artrosis trapezometacarpiana – Es la más dolorosa de las artrosis de la mano. Provoca dolor en la base del pulgar, a veces irradiado a antebrazo. Deforma la base del primer metacarpiano. El pulgar queda en aducción y rotación externa. A veces la metacarpofalángica en hiperextensión y la interfalángica en flexión constituyendo el pulgar en Z de Leri.

Cuando se compromete la trapezo escafoidea es obligatorio descartar la condrocalcinosis articular.(CCA)

**b) Artrosis interfalángica proximal o nódulos de Bouchard-** son las más invalidantes, pero felizmente las menos frecuentes. Se presentan como engrosamiento de las articulaciones interfalángicas proximales de consistencia ósea, más dolorosas a la presión dorso-palmar que a la látero- lateral.

Deben distinguirse de la artropatía interfalángica proximal destructiva.

**d) Artrosis erosiva de las manos**

Afecta IFDs e IFPs.

Radiológicamente presenta lesiones de tipo erosivo y constructivo. Es característico el pinzamiento de la interlínea en “ala de gaviota”. (Rx 2)

Clínica y radiológicamente debe distinguirse de la CCA (Rx 1) y de la psoriasis.

**c) Artrosis del carpo**-En general secundaria a:

Fractura de la extremidad inferior del radio o del escafoides o Luxación y osteonecrosis aséptica (ONA) del semilunar .

d) **Artrosis metacarpofalángica** – Es rara. Plantea diagnóstico diferencial con:  
Microcristalinas y Hemocromatosis.





Rx 1



RX 2



Rx 3

### **Artrosis de rodilla**

Es la más frecuente de las artrosis de los miembros inferiores.

Comprende la artrosis fémoro rotuliana y la fémoro tibial.

En general comienza por la articulación fémoro rotuliana, con el característico dolor exacerbado por el ascenso y descenso de escaleras (sobre todo en el descenso). El examen revela dolor en la extensión contrariada, a la percusión de la rótula y a la presión de las facetas interna o externa de la rótula, y los roces fémoro rotulianos (signo de la garlopa o del cepillo positivo). (Rx4)

Secundariamente aparece la artrosis fémoro tibial con su dolor de tipo mecánico, espontáneo, (anterior, posterior o difuso), a veces irradiado a pierna, y provocado a la presión de interlíneas. Presenta la característica disquinesia dolorosa postrepose (DDPR) y en ocasiones puede presentar empujes inflamatorios. En su evolución puede determinar desviación de los ejes, inestabilidad y atrofia cuadricepsal. (Rx 3)

Las complicaciones más frecuentes en el curso de una artrosis de rodilla son: la hidrartrosis y la presencia de un receso posterior, ocupando el hueco poplíteo. Con menos frecuencia pueden ocurrir una osteocondromatosis secundaria o una osteonecrosis aséptica.



Rx 4



### **Artrosis de la coxofemoral**

Es la coxopatía más frecuente. Lo característico es el comienzo insidioso de dolor, con disquinesia dolorosa postreposito. Alivia con el reposo, por lo menos al inicio. La evolución se hace en general gradualmente a la limitación de los movimientos, con severa repercusión funcional.

La localización del dolor puede ser: inguinal, trocantéreo, glúteo, inguinal interno, o en rodilla, (el 10% de las coxartrosis se manifiestan como una gonalgia).

El examen comprende: el examen de pie, que describirá la estática y la marcha, y el examen en decúbito que buscará la movilidad pasiva de la articulación coxofemoral que es el gesto más importante del examen de la cadera. Recordar que el primer movimiento que se limita es la extensión, siguiéndole la rotación interna y la abducción. La flexión se conserva hasta etapas muy avanzadas, lo que diferencia a las coxartrosis de las coxitis.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA COXARTROSIS**

- DD (por criterios clínicos, radiológicos y biológicos) con:

afección de partes blandas

coxitis reumáticas  
infecciosas inespecíficas  
TBC  
otras coxopatías crónicas: tabética  
patética

ONA

osteochondromatosis

condrocalcinosis  
sinovitis villonodular

raras: gota, ocrónosis, hemocromatosis

dolores de origen óseo: Enf. De Pager

fracturas (de LM, por Insuf.ósea, F x F)

AND de la cadera

edema transitorio de la cadera

dolor coxo femoral de causa vascular

síndrome de impingement de la cade

### **Artrosis del pie**

Es la menos frecuente de las artropatías del pie. De 632 pacientes de la Policlínica del Pie del Instituto Nacional de Reumatología sólo el 8% consultaron por artrosis.

La artrosis del pie puede afectar:

Articulaciones de propulsión : hallux rigidus, 59% de las artrosis de pie del INRU.

Articulaciones estabilizadoras: subastragalinas, mediotarsianas, articulaciones de Lisfranc.

Artrosis poliarticulares del pie: se ven en pies planos severos.

### **DIRECTIVAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Después de una breve descripción para el reconocimiento clínico radiológico de las artrosis de los miembros o artrosis periféricas, analizaremos la conducta a seguir con las mismas en la atención primaria.

- 1) Lo primero será reconocer la enfermedad y su estadio clínico e identificar los factores de riesgo modificables para actuar sobre ellos.
- 2) Se solicitará Rx de la región afectada para : a) confirmar el diagnóstico, b) descartar otras patologías.

Solicitar RX de ambos miembros en las articulaciones pares (ej. Rx de ambas manos, ambas rodillas, etc.)

Recordar que la Rx puede ser normal en etapas iniciales.

La presencia de osteofitos en articulaciones indoloras no obliga a instaurar tratamiento.

3) Confirmado el diagnóstico, se iniciará tratamiento sintomático.

Se evaluará el estadio clínico cuantificando el dolor según la escala de Likert y/o la escala visual análoga. La capacidad funcional se determina mediante la escala de Steinbrocker.

Escala de Likert (5 puntos):

- Sin dolor
- Dolor leve
- Dolor moderado
- Dolor severo
- Dolor muy severo
- 

Escala Visual Análoga : (E.V.A. de 0 a 10)

Escala de Steinbrocker:

- 1) Sin Limitación
- 2) Limitado de actividades sociales o recreativas – Realiza AVD
- 3) Limitado de actividades sociales, recreativas y laborales – Sin dificultad para autocuidado
- 4) Limitado para todo –Dependiente

### **Objetivos del tratamiento médico**

Los objetivos del tratamiento médico en la artrosis son:

- calmar el dolor
- mantener la función
- evitar la progresión de la enfermedad.

Para el logro de estos objetivos será necesario realizar:

- prevención y educación, al mismo tiempo y con igual dedicación a la que se destine a la aplicación de las
- terapias farmacológicas y no farmacológicas.

El reconocimiento de los factores de riesgo modificables y su corrección obtiene beneficios a veces superiores a las terapias medicamentosas.

La obesidad ha sido reconocida como factor de riesgo para el desarrollo de una artrosis de los miembros inferiores y constituye un importante factor de agravación para la artrosis existentes. Aumenta el riesgo de artrosis de rodilla 6-8 veces y el de cadera 2-5 veces. Recuperar el peso normal ahorra 24-50% de las prótesis de rodillas.

Algunas ocupaciones y los deportes de impacto influyen desfavorablemente.(hiperfunción de rodillas, tareas pesadas, bipedestación prolongada, cargar peso, la exposición prolongada al frío, etc).

La debilidad muscular contribuye a la progresión de la artrosis de rodilla e implica un mal terreno ante la eventual indicación quirúrgica.

**La atención primaria representa el primer escenario para la educación y la prevención.** La educación debe ser permanente y debe estar dirigida al paciente y su familia, y a la comunidad. Debe también sensibilizar a las autoridades de la salud para que comprometan esfuerzos en campañas de información y educación tendientes a identificar factores de riesgo para su corrección, así como promoción de hábitos de vida más saludables y cambios de comportamiento relacionados con la actividad física y las posturas corporales. Estudios de metaanálisis demuestran que la educación logra beneficios en la sintomatología en un orden similar al consumo de analgésicos y AINEs (mejorías de 20-30%)

**Educación-** el rol educador del médico en la atención primaria está destinado a:

**Educación preventiva** -Estará dirigida al control de factores de riesgo modificables:

- control de peso,
- higiene postural
- desarrollo de una actividad física controlada
- uso de calzado adecuado.
- 

**Educación en protección articular** – con el objetivo de:

- reducir la carga sobre la articulación y
- disminuir el dolor.

Idealmente debe estar guiada por el médico fisiatra, pero las recomendaciones básicas pueden hacerse desde la atención primaria (por ej. Lado del que debe usarse el bastón, altura del mismo, movimientos que sobrecargan la articulación, ejercicios perjudiciales, etc.)

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ARTROSIS**

Comprende el uso de:

- agentes tópicos
- analgésicos
- antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y
- antiartrósicos de acción lenta (AAAL).

Agentes tópicos- existen en el mercado geles o pomadas en base a 3 tipos de productos: AINEs, inhibidores de neuropéptidos como la capsaicina (actúan sobre el dolor), antiartrósicos o modificadores de los síntomas de la artrosis (combinaciones de sulfato de glucosamina y condroitinsulfato), de reciente incorporación en nuestro país y cuyo uso se recomienda como coadyuvante del tratamiento por vía oral.

Los geles y pomadas en base a AINEs son eficaces para mejorar el dolor y la función en un grado de recomendación A y con un nivel de eficacia 1b, según las recomendaciones de la Liga Europea contra los Reumatismos (Eular).

Permiten, en ciertos casos, evitar la vía oral y reducir así sus efectos secundarios.

La pomada de capsaicina tiene igual efecto, en un grado de recomendación A, con un nivel de eficacia 1<sup>a</sup>.

## **TRATAMIENTO SINTOMÁTICO POR VÍA GENERAL**

### **A) DE ACCIÓN RÁPIDA: ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS**

#### **Analgésicos**

Frente al dolor artrósico la primera medida será brindar analgesia.

Empleamos analgésicos periféricos, que se utilizarán a demanda, fijando la dosis mínima efectiva y la dosis máxima.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y EULAR recomiendan comenzar siempre con PARACETAMOL. Esta recomendación está basada en criterios de seguridad. Si bien los AINEs pueden ser superiores al paracetamol para tratar el dolor artrósico, dado que éste es eficaz en un número considerable de enfermos, las ventajas que ofrece en cuanto a seguridad y relación costo beneficio, llevan a recomendar probar primero la respuesta al paracetamol.

Pueden emplearse otros analgésicos puros o combinados con AINE cuando no hay respuesta al paracetamol.

La dipirona es usada con frecuente beneficio.

Recordar que el propoxifeno debe evitarse en ancianos, ya que puede causar obnubilación y aumentar el riesgo de fractura de cadera.

El tramadol solo o combinado con paracetamol o AINE a la dosis de 200mg/día es eficaz para el dolor artrósico en un nivel de evidencia 1b, según las recomendaciones de EULAR. Sin embargo, no debemos olvidar los posibles efectos secundarios de esta droga, sobre todo los neuropsíquicos y respiratorios, más frecuentes también en ancianos.

Estudios realizados en 2005 y 2007 para medir la eficacia de los opioides “débiles”(codeína, dextropropoxifeno, tramadol) en el dolor artrósico, muestran que son menos efectivos que los AINEs en la gonartrosis y tienen eficacia similar al paracetamol, pero inferior a los AINEs en la coxartrosis, pero causando más efectos secundarios que sus comparadores.

Por otra parte, trabajos recientes demuestran que los opioides “fuertes” (morfina, hidromorfina, oxicodona, fentanyl), irremplazables en el dolor canceroso, tienen modesta eficacia en los reumatismos, con mala tolerancia.

Los AINEs a baja dosis, de escaso poder antiinflamatorio, pero con buen efecto analgésico, como el ibuprofeno pueden emplearse para el dolor artrósico, pero a pesar de sus bajas dosis, no están exentos de efectos secundarios digestivos y renales. Dado lo frecuente de la automedicación en estos pacientes, y la posible asociación con otros AINEs, debe advertirse sobre la inconveniencia de su uso permanente.

**Por lo tanto, ante una artrosis que presenta dolor, recomendamos:**

- **comenzar con paracetamol 1-2 grs. dos o tres veces por día Si no calma: agregar AINE por 10 días.**

## **ANTIINFLAMATORIOS**

En la artrosis , por vía general, usamos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

**¿CUÁNDO Y COMO PRESCRIBIR UN AINE EN UN ARTRÓSICO?**

La prescripción sistemática de un AINE en un paciente artrósico no tiene razón de ser.

Se deben reservar para los empujes dolorosos que no pueden ser yugulados por los analgésicos o cuando es evidente un derrame articular.

Dado que el dolor es habitualmente de horario mecánico se prescribirá el AINE preferentemente con el desayuno o el almuerzo, eligiendo los de una toma diaria que son de vida media plasmática larga o intermedia, o los de vida media corta que tienen una forma galénica de liberación prolongada.

Se indicarán por un plazo de 10-14 días que es el tiempo que requieren la mayoría de los AINEs para cumplir su acción anti inflamatoria.

Si el paciente se alivia, se suspenden. Cuando se presenta nuevamente el dolor se comienza siempre con el mismo esquema: primero el analgésico.

Deberá ejercerse especial control en los ancianos con uso crónico de AINES y analgésicos.

Recordar que aproximadamente un 75% de estos pacientes se automedican y tienen además una polifarmacia, por lo que será necesario en ellos realizar controles periódicos de: presión arterial, hemograma y función renal.

Ante el fracaso del tratamiento antiinflamatorio, el paciente deberá ser referido al reumatólogo, quien decidirá sobre los tratamientos locales y la consulta con otros especialistas (fisiatra, traumatólogo, cirujano plástico).

### **Tratamiento farmacológico en atención primaria**

- Paciente con 1er episodio doloroso articular en el que se hace diagnóstico de artrosis

*Indicación:* analgésicos:

primera elección: PARACETAMOL(2-4 gr/día)



## Tratamiento farmacológico en atención primaria

- AINE



### **B) DE ACCIÓN LENTA**

#### **CUANDO ESTÁN INDICADOS LOS AAAL (antiartrosicos de acción lenta)?**

Los AAAL, que aun no han sido merecedores de la denominación de condroprotectores, ya que no se ha podido demostrar efecto estructuromodulador, han evidenciado eficacia clínica en el tratamiento de las artrosis periféricas, no así en la artrosis vertebral.

Estos fármacos muestran evidencias de eficacia diferente para las distintas articulaciones de los miembros.

Actúan lentamente, por lo que el efecto benéfico se aprecia después de varias semanas.

Su administración debe ser prolongada (de 6 meses a 2 años).

Los mejores resultados en la capacidad de enlentecer o detener la evolución se observan si se indican precozmente, al inicio de la artrosis.

Por lo tanto, desde la atención primaria se hará la consulta con el reumatólogo por el mecanismo de referencia contra referencia para establecer la indicación de estos fármacos y luego su vigilancia en atención primaria

A modo de orientación para la derivación de pacientes con patología articular a especialistas, exponemos los criterios planteados por EULAR:

## Criterios de derivación a especialistas desde la atención primaria

Criterio	Descripción	Especialidad
Articulación inflamada	Caliente, roja, dolorosa, con derrame sinovial	Reumatología
Bloqueo Articular agudo		Traumatología
Dolor intenso en reposo y nocturno	No permite apoyar pierna, no permite dormir	Reumatología
Cambio ritmo de dolor	Paso de dolor mecánico a inflamatorio	Reumatología
Radiología atípica	Ausencia de elementos típicos de artrosis, calcificaciones intraarticulares	Reumatología
Destrucción articular	Disminución severa del espacio articular y deformidad radiológica	Reumatología
Deformidad severa	Genu valgo o varo o recurvatum	Traumatología
Compromiso general	Síntomas generales asociados	Reumatología