

Artrosis, Manejo en Atención Primaria

Francisco Ballesteros J.
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Definición de osteoartritis

Artrosis, osteoartritis, osteoartrosis o enfermedad articular degenerativa es un proceso articular caracterizado por la degeneración y pérdida focal progresiva del cartílago hialino articular que se acompaña de una reacción ósea hipertrófica en el hueso subcondral y en los márgenes de la articulación.

Es la enfermedad articular más frecuente. Se incrementa con la edad. Comienza alrededor de los 30 años, a los 50 años la sufre el 40% y, a los 75 años, el 90% de la población. Es más frecuente y grave en las mujeres, más del 10% de las consultas de Atención Primaria, y es la segunda causa de incapacidad permanente en mayores de 50 años (Figura 1).

La osteoartritis es una enfermedad en la cual todas las estructuras articulares se afectan. Precocemente en la enfermedad los cambios patológicos son dinámicos. El cartílago dañado trata de repararse aumentando la síntesis de su matriz, reacciona el hueso subcondral con esclerosis y formación de osteofitos; finalmente, en esta enfermedad, la mayoría de las estructuras articulares se afectan.

La pérdida del cartílago articular es clave en esta afección; el cartílago es un tejido complejo con una extensa matriz extracelular formada principalmente por colágeno de

tipo II y agreganos. Una compleja red de citoquinas y factores de crecimiento secretados por las células sinoviales controlan la síntesis de la matriz y su degradación (Figura 2).

Los agreganos son macromoléculas con glicosaminoglicanos con carga eléctrica negativa, lo que le otorga rigidez a la compresión al repelerse entre ellas y atraen agua al cartílago, dándole poder de amortiguación.

El deterioro en las propiedades biomecánicas del cartílago combinado con la pérdida de agreganos y colágeno llevan a daño de éste, con desgaste y erosiones que se pueden extender profundamente en el cartílago, llegando hasta el hueso subcondral (Figuras 3 y 4).

Manejo de la artrosis

El manejo adecuado de la artrosis implica un correcto diagnóstico de la afección. Cada paciente es un ente individual, y las manifestaciones de la enfermedad pueden variar entre ellos. Con el objetivo de estandarizar el lenguaje, inicialmente con fines de investigación, el Colegio Americano de Reumatólogos ha definido diferentes criterios de Clasificación de Artrosis. Sin ser criterios absolutos, y destacando que ello no reemplaza el buen juicio clínico, se les puede emplear como herramienta de apoyo diagnóstico, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

I. ARTROSIS DE MANOS

Criterios de Clasificación

Dolor, malestar o rigidez de las manos, más tres de los siguientes:

- 1) aumento de volumen óseo de dos o más de las siguientes 10 articulaciones:
 - a) 2 y 3 IFP, o 2 o 3 IFD, y la 1ª CMC de ambas manos
- 2) aumento de volumen óseo de dos o más IFD
- 3) menos de tres MCF inflamadas
- 4) deformación de a lo menos una de las articulaciones de la lista en el punto 1.

Estos criterios tienen una sensibilidad de 94% y especificidad de 87%.

Referencia: Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology Criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 1601-1610.

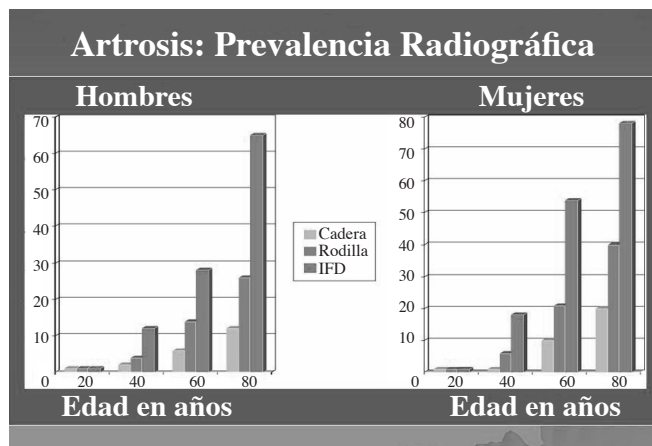


Figura 1. Prevalencia radiográfica.

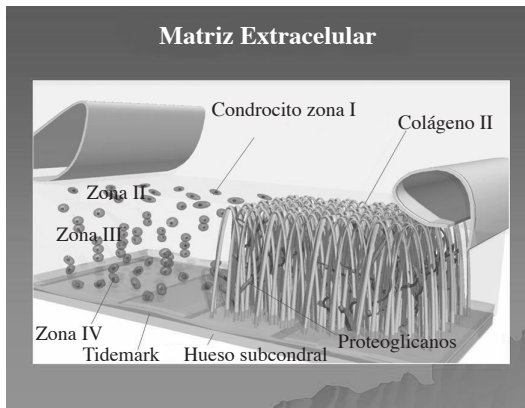


Figura 2. Matriz extracelular.

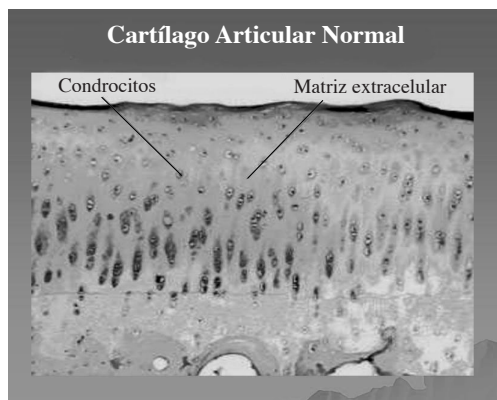


Figura 3. Cartílago articular normal.



Figura 4. Cartílago articular patológico.

II. ARTROSIS DE RODILLA

Criterios de Clasificación

A) Usando historia y examen físico

Dolor en la rodilla y cinco de los siguientes:

- 1) Más de 50 años, 2) Rigidez matinal de menos de 30

minutos, 3) Crujido a la movilización activa, 4) Sensibilidad ósea, 5) Aumento de volumen óseo, 6) Sin aumento de la temperatura sinovial, 7) VHS < 40 mm/hr, 8) FR negativo, 9) Líquido sinovial de osteoartrosis.

Estos criterios tienen una sensibilidad de 92% y especificidad de 75%.

B) Usando clínica y radiología

Dolor en la rodilla más osteofitos y a lo menos uno de los siguientes:

- 1) Edad mayor de 50 años, 2) Rigidez menor de 30 minutos y 3) Crujido articular.

Estos criterios tienen una sensibilidad de 91% y especificidad de 86%.

Referencia: Altman R, Asch E, Bloch G, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 1986; 29:1039-1049.

ARTROSIS DE CADERA

Criterios de Clasificación

Usando historia, examen clínico, hallazgos de laboratorio y hallazgos de Rx

Dolor en la cadera y dos de los siguientes:

VHS < 20 mm/hr, Osteofitos femorales o acetabulares, Estrechamiento del espacio articular (superior, axial o medial).

Estos criterios tienen una sensibilidad de 89% y especificidad de 91%.

Referencia: Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology Criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34:505-514.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Posterior al diagnóstico apropiado se deben establecer los objetivos terapéuticos, los cuales deben ser informados al paciente, ya que ellos serán distintos dependiendo de las articulaciones afectadas y el grado de compromiso. Considerando lo anterior, se pueden definir los siguientes objetivos generales:

1. **Control del dolor** (disminuirlo o eliminarlo): una manera fácil de evaluar es usando una escala de Likert de cinco puntos:

- a) Sin dolor, b) Dolor leve, c) Dolor moderado, d) Dolor severo, e) Dolor muy severo.

Se debiera considerar la opción terapéutica como efectiva, siempre que el paciente reporte estar sin dolor o con dolor leve, o bien, cuando exista una reducción de a lo menos dos puntos respecto de su dolor basal.

2. **Mantener la funcionalidad:** clasificando a los pacientes de acuerdo a los siguientes criterios:

- Sin limitación funcional, realiza vida normal,
- Limitado para actividades sociales o recreacionales, pero realiza sus demás actividades sin limitación,
- Limitado para actividades sociales, recreacionales y laborales, pero sin dificultad en las tareas de autocuidado,
- Limitado en todas sus actividades. Dependiente.

3. **Evitar la progresión de la enfermedad:** evaluando radiológicamente.

Para conseguir los objetivos terapéuticos, el tratamiento óptimo de la artrosis de rodilla y cadera combina terapias farmacológicas y no farmacológicas; entre estas últimas se incluyen la educación regular, Kinesiterapia, bastones y ortesis, reducción de peso.

Si bien se pueden establecer pautas generales de manejo, el tratamiento de la artrosis de rodilla y cadera debe ser adaptado a cada paciente individual considerando:

- factores de riesgo articulares: obesidad, factores mecánicos adversos, tipo de actividad física
- factores de riesgo generales: edad, comorbilidad, polifarmacia
- grado de dolor e incapacidad
- signos de inflamación
- ubicación y grado de daño estructural de la articulación.

Terapias no farmacológicas

Existen diferentes modalidades terapéuticas no farmacológicas que han demostrado ser útiles en el tratamiento de los pacientes con OA. Entre ellas se pueden mencionar:

Educación del paciente, apoyo de redes sociales, baja de peso (si el paciente está en sobrepeso), programas de ejercicios aeróbicos, ejercicios de terapia física de mantenimiento del rango articular, ejercicios de fortalecimiento de la musculatura, aparatos de ayuda para la deambulación, calzado apropiado, plantillas para corrección de la pisada (genu varum), aparatos que faciliten las actividades de la vida diaria (utensilios con mangos más anchos, asientos más altos, etc.), protección articular.

Ninguno de ellos por sí solo es suficiente para el tratamiento de un paciente con OA, pero en general son de bajo costo, fácil acceso y beneficio como coadyuvantes probados. A continuación se detalla una de las opciones de terapia no farmacológica.

Educación en protección articular. Es un elemento vital y el más fácil de divulgar a la comunidad por todos los medios de difusión.

La protección articular permite reducir la carga sobre la articulación y disminuye el dolor. Las medidas que se pueden realizar son:

- Usar calzado adecuado, debe ser blando y amplio.
- Evitar estar de pie en un mismo lugar sin moverse por más de 10 minutos.
- Ordenar los objetos en la casa y/u oficina, de manera que los de uso más frecuente estén a la altura de la persona. Así se abstiene de agacharse innecesariamente.
- Realizar caminatas largas sobre terrenos blandos. Evitar deportes que traumatizan articulaciones (Ej: fútbol).
- Evitar sentarse en sofás, use sillas, que son más altas. Permiten levantarse con menos esfuerzo.
- Usar elevadores para el WC y la cama.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Radley JD, Brandt KD, Katz BP, Kalasinski LA, Ryan SI. Treatment of knee osteoarthritis: relationship of clinical features of joint inflammation to the response to a nonsteroidal antiinflammatory drug or pure analgesic. *J Rheumatol* 1992; 19:1950-4.
- Williams HJ, Ward JR, Egger MJ, Neuner R, Brooks RH, Clegg DO, et al. Comparison of naproxen and acetaminophen in a two-year study of treatment of osteoarthritis of the knee [see comments]. *Arthritis Rheum* 1993; 36:1196-206.
- Dreiser RL y Tisne-Camus M. DHEP plasters as a topical treatment of knee osteoarthritis: a double-blind placebo-controlled study. *Drugs Exp Clin Res* 1993; 19:117-23.
- Sandelin J, Harilainen A, Crone H, Hamberg P, Forsskahl B, Tamelander G. Local NSAID gel (eltenac) in the treatment of osteoarthritis of the knee. A double-blind study comparing eltenac with oral diclofenac and placebo gel. *Scand J Rheumatol* 1997; 26:287-92.
- Ravaud P, Moulinier L, Giraudeau B, Ayrat X, Guerin C, Noel E, et al. Effects of joint lavage and steroid injection in patients with osteoarthritis of the knee: results of a multicenter, randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 1999; 42:475-82.
- Dieppe PA, Sathapatayavongs B, Jones HE, Bacon PA, Ring EF. Intra-articular steroids in osteoarthritis. *Rheumatol Rehabil* 1980; 19:212-17.
- Bucsi L y Poor G. Efficacy and tolerability of oral chondroitin sulphate as a symptomatic slow-acting drug for osteoarthritis (SYSADOA) in the treatment of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 1998; 6(suppl):31-6.
- Uebelhart D, Thornar EJM, Delmas PD, Chantraine A, Vignon E. Effects of oral chondroitin sulphate on the progression of knee osteoarthritis: A pilot study. *Osteoarthritis Cartilage* 1998; 6(suppl):39-46.
- Bourgeois P, Chales G, Dehais J, Delcambre B, Kuntzi JL, Rozenberg S. Efficacy and tolerability of chondroitin sulphate 1200 mg/day vs chondroitin sulphate 3 x 400 mg/day vs placebo. *Osteoarthritis Cartilage* 1998; 6(suppl):25-30.
- Morreale P, Manopulo R, Galati M, Bocanera L, Saponati G, Bocchi L. Comparison of the antiinflammatory efficacy of chondroitin sulphate and diclofenac sodium in patients with knee osteoarthritis. *J Rheumatol* 1996; 23:1385-91.
- Pujalte JM, Llavore EP, Yescupidez FR. Double-blind clinical evaluation of oral glucosamine sulphate in the basic treatment of osteoarthritis. *Curr Med Res Opin* 1980; 7:110-14.
- Noack W, Fischer M, Forster KK, Rovati LC, Setnikar I. Glucosamine sulphate in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage* 1994; 2:51-9.
- Muller-Fassbender H, Bach GL, Haase W, Rovati LC, Setnikar I. Glucosamine sulphate compared to ibuprofen in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage* 1994; 2:61-9.
- Alvarellos A y Spilberg I. Colchicine prophylaxis in pseudogout. *J Rheumatol* 1986; 13:804-5.