

Artrosis

Fecha de la última revisión: **05/09/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autor](#)

¿De qué hablamos?

La artrosis es una enfermedad articular degenerativa progresiva que se caracteriza por pérdida de cartílago articular, remodelación ósea y debilidad muscular periarticular que tienen como consecuencia dolor e inestabilidad articular (Lane NE, 2011; Gelber AC, 2014). Es la forma más común de afectación articular y, aunque se da más en personas mayores, se cree que no es el resultado de un simple proceso de envejecimiento sino de cambios bioquímicos y tensiones biomecánicas en los que cartílago, hueso subcondral y sinovial tienen un papel clave (Glyn-Jones S, 2015).

Aunque puede afectar a cualquier articulación, la artrosis se localiza con más frecuencia en manos (interfalángicas distales y proximales, articulación trapeciometacarpiana de primer dedo), rodillas, caderas, columna cervical y lumbar y pies (metatarsofalángica del primer dedo) (Gelber AC, 2014).

La prevalencia de artrosis clínica de rodilla en personas de más de 60 años es del 12,2%, significativamente mayor en las mujeres (14,9%) que en los hombres (8,7%). La de artrosis de cadera es del 7,4%, también algo superior en la mujer (8,0%) (Quintana JM, 2008). La prevalencia radiológica es muy superior: alrededor del 25% para la artrosis de cadera y del 30% para la de rodilla en sujetos en la sexta década de vida (Pagès-Castellà A, 2013).

Los costes asociados a la artrosis de rodilla y cadera son enormes. Algunos autores lo estiman en un 0,5% del producto interior bruto del país (Pagès-Castellà A, 2013).

Las causas de artrosis no son bien conocidas. La artrosis puede estar asociada a (Prieto-Alhambra D, 2014; Martín-Ramiro JJ, 2014; Gelber AC, 2014; Zhang W, 2010):

- Factores genéticos son responsables del 60-70% de riesgo de sufrir artrosis.
- Edad y sexo femenino (especialmente tras la menopausia): las tasas de artrosis de rodilla y cadera aumentan de forma continua con la edad y el riesgo relativo mujer/varón es más alto a los 70-75 años. La artrosis de las manos tiene su punto máximo de prevalencia a los 60-64 años y el riesgo relativo mujer/hombre es más alto entre los 50-55 años.
- Factores de carga: obesidad, deporte profesional, algunas actividades laborales. La obesidad también aumenta el riesgo de artrosis de manos, lo que sugiere mecanismos adicionales al factor carga.
- Traumatismos, artritis previas (sépticas, sobre todo) y otras enfermedades óseas y articulares: necrosis avascular, artritis reumatoide, enfermedad de Paget, osteocondritis.
- Problemas en el desarrollo o enfermedades congénitas: alteraciones de la alineación, varo o valgo exagerado, displasias óseas, escoliosis.
- Enfermedades por depósito: calcio (condrocalcinosis), úrico (artritis gotosa).
- Enfermedades metabólicas: hemocromatosis, ocronosis, enfermedad de Gaucher, hemoglobinopatía, enfermedad de Ehlers-Danlos.
- Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, acromegalia, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de artrosis se basa en la clínica y la radiología.

Los síntomas no siempre se relacionan con la gravedad de las alteraciones radiológicas: articulaciones con artrosis marcada pueden no doler y al contrario, puede haber dolor sin artrosis radiológica significativa (Kim C, 2015). Cuando aparece dolor siempre existe pérdida de cartílago, cuya degeneración parece ser el punto final común de todos los fenotipos de la artrosis (Glyn-Jones S, 2015). La afectación de otras articulaciones debe hacernos pensar en la posibilidad de que la afectación articular tenga otra etiología, sobre todo traumática y metabólica.

Los síntomas de la artrosis varían según las articulaciones afectadas, los principales son (Zhang W, 2010; Gelber AC, 2014):

- Dolor que se agudiza con el uso de la articulación, empeora a lo largo del día y mejora en reposo (características mecánicas). Es el síntoma principal que hace sospechar la existencia de artrosis sobre todo en personas de más de 40 años. Su inicio suele ser insidioso, al principio fluctuante, se hace más persistente a medida que avanza la enfermedad. Cuando aparece en reposo o despierta al paciente deben descartarse otros procesos, aunque puede ocurrir también en artrosis avanzadas.
- Rigidez ligera de predominio matutino o tras un período de inactividad, sin síntomas generales como adelgazamiento o fiebre.
- Incapacidad funcional, que puede ocasionar problemas para la deambulación o la realización de tareas de la vida diaria.

La exploración articular puede mostrar dolor a la presión (patelofemoral) y al movimiento, crepitación, deformidad y limitación de movimientos articulares. En la artrosis de rodilla es frecuente que haya debilidad y atrofia muscular en la pierna. Cuando existen signos inflamatorios locales, eritema o dolor no relacionado con el uso deben descartarse otras patologías. Puede haber derrame articular, generalmente de pequeña cuantía. En ese caso puede aspirarse para excluir procesos metabólicos o infecciosos. El líquido es relativamente claro, viscoso y con un recuento de leucocitos en el rango de 200-2.000 por mm³.

La radiografía simple es la técnica de imagen más utilizada y de menor coste. Los hallazgos radiológicos incluyen estrechamiento del espacio articular, formación de osteofitos y desarrollo de esclerosis y quistes subcondrales (Roemer FW, 2014). Aunque la resonancia magnética nuclear (RNM) es más sensible (Glyn-Jones S, 2015; Zhang W, 2010), no es una prueba rutinaria salvo que se quieran descartar otras patologías. El uso de la RMN detecta con mucha frecuencia roturas de menisco, una patología prácticamente universal en las personas con artrosis de rodilla que no necesariamente causa síntomas. Una lesión meniscal no se debe

intervenir a no ser que esté contribuyendo al bloqueo de la articulación (Gelber AC, 2014).

No son necesarias otras pruebas complementarias para el diagnóstico de artrosis, salvo cuando existen dudas diagnósticas (Zhang W, 2010).

Debe considerarse la consulta con el segundo nivel asistencial cuando el patrón de afectación articular es atípico, si el paciente tiene síntomas que sugieren artropatía inflamatoria o en caso de manifestaciones clínicas graves (Gelber AC, 2014).

¿Cómo se trata?

El abordaje del paciente con artrosis debe individualizarse en función de sus características personales, su situación clínica y sus preferencias. Inicialmente el tratamiento básico ha de ser multidisciplinar, no farmacológico y no quirúrgico. En este apartado se dan unas pautas generales que se detallarán en otras guías más específicas.

Tratamiento no farmacológico

La educación del enfermo y sus familiares acerca de la artrosis, ejercicios y control de los factores de riesgo, en especial la obesidad, favorece la relación médico paciente, estimula el autocuidado y ayuda a modificar el estilo de vida. Estas modificaciones pueden influir en factores etiológicos de la artrosis y como consecuencia en su evolución. Es aconsejable facilitar al paciente información escrita, vídeos y tablas de ejercicios y consejos de alimentación.

La obesidad es el factor de riesgo modificable más importante en la incidencia y progresión de la artrosis. La pérdida de peso mediante una dieta adecuada y el aumento de la actividad física reducen el riesgo de desarrollar artrosis sintomática y mejoran los síntomas cuando existen (AAOS, 2013; Messier SP, 2013).

La actividad física mejora los síntomas de la artrosis y facilita la pérdida de peso además de conferir beneficios en la salud cardiovascular y en la mortalidad por todas las causas. El ejercicio físico debe llevarse a cabo de manera que se reduzca al mínimo la posibilidad de lesiones y evitando los deportes de contacto. Se debe recomendar un programa personalizado, de inicio gradual y con ejercicios de bajo impacto (caminar, andar en bicicleta o nadar) complementados con ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps en el caso de la artrosis de rodilla. Si el paciente disfruta con el ejercicio, si recibe refuerzo profesional y si es apoyado con una estrategia de seguimiento, es más probable que lo realice de forma habitual (Bartels EM, 2016; AAOS, 2013; Fransen M, 2015; Juhl C, 2014).

Tratamiento farmacológico

Actualmente no existe ningún medicamento con capacidad para frenar la enfermedad por lo que el tratamiento farmacológico está orientado al control de los síntomas.

El **paracetamol**, aunque su eficacia es discreta, es el fármaco de primera elección para el control del dolor leve a moderado con una dosis tope de 4 g al día. Es un fármaco seguro y con buena relación coste-beneficio (Machado GC, 2015; NICE, 2014; Towheed TE, 2006).

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) pueden añadirse o sustituir al **paracetamol** cuando el control del dolor es insuficiente. Los AINEs deben utilizarse con mucha precaución en periodos prolongados por sus importantes efectos adversos, valorando siempre la relación entre el riesgo y el beneficio que pueda aportar en ese paciente concreto. En general es conveniente iniciar el tratamiento con dosis bajas, en determinados casos asociando un **IBP** (AAOS, 2013; Chou R, 2011). En algunos pacientes pueden ser útiles los AINEs tópicos, aunque su efectividad es controvertida (Derry S, 2016; AAOS, 2013; Lin J, 2004). La **capsaicina** puede tener alguna utilidad en la artrosis de manos (Gelber AC, 2014).

Los opioides débiles (**tramadol**, **codeína**) son una opción a valorar en pacientes con dolor grave que no consigan alivio con paracetamol ni AINEs y en pacientes adultos de edad avanzada con mayor riesgo de efectos adversos por AINE (enfermedad gastrointestinal o cardiovascular, diabetes mellitus o que estén con dosis bajas de aspirina). Opioides más potentes son también eficaces a costa de aumentar de forma significativa los efectos adversos graves (de Leon-Casasola OA, 2013; da Costa BR, 2014).

Los glucocorticoides intraarticulares podrían mejorar algo el dolor y la funcionalidad en la artrosis de rodilla. En todo caso su beneficio es generalmente corto. No se deben utilizar más de una vez cada 4 meses ya que el uso repetido puede dañar el cartílago y favorecer la progresión de la enfermedad (Jüni P, 2015; Gelber AC, 2014).

Condroitin y **glucosamina** se han investigado mucho en ensayos clínicos, la mayoría de baja calidad (Singh JA, 2015). Los resultados de estos estudios han sido contradictorios y, aunque sus perfiles de seguridad son comparables a placebo, en general, no parece que tengan beneficios clínicamente relevantes (NICE, 2014; AAOS, 2013; Glyn-Jones S, 2015; Canadian Orthopaedic Association, 2014; Gelber AC, 2014). NICE desaconseja su uso (NICE, 2014). Doxiciclina y risedronato no tienen beneficio relevante o sus efectos adversos limitan su utilidad (Gelber AC, 2014). **Diacereína** proporciona una reducción del dolor mínima y tiene efectos adversos importantes (diarrea grave y reacciones hepáticas) (Fidelix TS, 2014). El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo aconseja usar dosis bajas por personal especializado y no usarla en pacientes mayores de 65 años o que hayan tenido algún tipo de hepatopatía y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios recomienda no iniciar nuevos tratamientos y revisar los tratamientos en curso (AEMPS, 2013; EMA, 2014).

El ácido hialurónico actúa como lubricante articular. Ha sido ampliamente utilizado mediante inyecciones intraarticulares. Su eficacia es controvertida y sus beneficios, si existieran, serían poco relevantes clínicamente con riesgo de efectos adversos importantes (Hunter DJ, 2015; NICE, 2014; AAOS, 2013; Rutjes AW, 2012).

Tratamiento quirúrgico

La cirugía debe reservarse para los pacientes con síntomas refractarios al tratamiento no farmacológico y farmacológico. En general se indica cuando existe dolor no controlado debilitante o limitaciones funcionales importantes. Los lavados articulares mediante artroscopia, tanto si se orientan a extracción de cuerpos libres como a reparar lesiones que se pueden asociar a la artrosis, no tienen beneficio terapéutico a los 6-12 meses (Gelber AC, 2014).

Bibliografía

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. DIACEREÍNA: la evaluación europea concluye que el balance beneficio-riesgo es desfavorable. (Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo-PRAC). 2013. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/NI-MUH_FV_30-2013-diacereina.htm
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) Board of Directors. Treatment of osteoarthritis of the knee evidence-based guideline. 2nd ed. 2013. **Texto completo**
- Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsøe B, Dagfinrud H, et al. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3:CD005523. PubMed **PMID: 27007113**
- Canadian Orthopaedic Association. Five Things Physicians and Patients Should Question. 2014. **Texto completo**
- Chou R, McDonagh MS, Nakamoto E, Griffin J. Analgesics for Osteoarthritis: An Update of the 2006 Comparative Effectiveness Review. Comparative Effectiveness Review No. 38. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290 2007 10057 I) AHRQ Publication No. 11(12)-EHC076-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. October 2011. PubMed **PMID: 22091473. Texto completo**

- Da Costa BR, Nüesch E, Kasteler R, Husni E, Welch V, Rutjes AW, et al. Oral or transdermal opioids for osteoarthritis of the knee or hip. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(9):CD003115. PubMed **PMID: 25229835. Texto completo**
- De Leon-Casasola OA. Opioids for chronic pain: new evidence, new strategies, safe prescribing. Am J Med. 2013;126(3 Suppl 1):S3-11. PubMed **PMID: 23414718**
- Derry S, Conaghan P, Da Silva JA, Wiffen PJ, Moore RA. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD007400. PubMed **PMID: 27103611**
- European Medicines Agency. Restricciones de uso de los medicamentos que contienen diacereína. 2014. **Texto completo**
- Fidelix TS, Macedo CR, Maxwell LJ, Fernandes Moça Trevisani V. Diacerein for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(2):CD005117. PubMed **PMID: 24515444. Texto completo**
- Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD004376. PubMed **PMID: 25569281. Texto completo**
- Gelber AC. In the clinic. Osteoarthritis. Ann Intern Med. 2014;161(1):ITC1-16. Erratum in: Ann Intern Med. 2014;161(1):ITC1-16, Ann Intern Med. 2014;161(4):308. PubMed **PMID: 24979462**
- Hunter DJ. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2015;372(11):1040-7. PubMed **PMID: 25760356**
- Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. Arthritis Rheumatol. 2014;66(3):622-36. PubMed **PMID: 24574223. Texto completo**
- Jüni P, Hari R, Rutjes AW, Fischer R, Silletta MG, Reichenbach S, et al. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD005328. PubMed **PMID: 26490760**
- Kim C, Nevitt MC, Niu J, Clancy MM, Lane NE, Link TM, et al. Association of hip pain with radiographic evidence of hip osteoarthritis: diagnostic test study. BMJ. 2015;351:h5983. PubMed **PMID: 26631296. Texto completo**
- Lane NE, Brandt K, Hawker G, Peeva E, Schreyer E, Tsuji W, et al. OARSI-FDA initiative: defining the disease state of osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2011;19(5):478-82. PubMed **PMID: 21396464**
- Lin J, Zhang W, Jones A, Doherty M. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2004;329(7461):324. PubMed **PMID: 15286056. Texto completo**
- Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Pinheiro MB, Lin CW, Day RO, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. BMJ. 2015;350:h1225. PubMed **PMID: 25828856. Texto completo**
- Martín-Ramiro JJ, Álvarez-Martín E, Gil-Prieto R. Discapacidad atribuible al exceso de peso en España. Med Clin (Barc). 2014;143(4):150-6. PubMed **PMID: 23932567**
- Messier SP, Mihalko SL, Legault C, Miller GD, Nicklas BJ, DeVita P, et al. Effects of intensive diet and exercise on knee joint loads, inflammation, and clinical outcomes among overweight and obese adults with knee osteoarthritis: the IDEA randomized clinical trial. JAMA. 2013;310(12):1263-73. PubMed **PMID: 24065013. Texto completo**
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management. 2014. Disponible en: **<https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>**
- Pagès-Castellà A, Prieto Alhambra D. Artrosis, osteoporosis y fracturas: controversias y evidencias. Med Clin (Barc). 2013;141(5):217-20. PubMed **PMID: 23540390**
- Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. Ann Rheum Dis. 2014;73(9):1659-64. PubMed **PMID: 23744977. Texto completo**
- Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate J, Goenaga JI, Lafuente I. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. Arch Intern Med. 2008;168(14):1576-84. PubMed **PMID: 18663171. Texto completo**
- Roemer FW, Eckstein F, Hayashi D, Guermazi A. The role of imaging in osteoarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2014;28(1):31-60. PubMed **PMID: 24792944**
- Rutjes AW, Jüni P, Da Costa BR, Trelle S, Nüesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2012;157(3):180-91. PubMed **PMID: 22868835**
- Singh JA, Noorbaloochi S, MacDonald R, Maxwell LJ. Chondroitin for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD005614. PubMed **PMID: 25629804. Texto completo**
- Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD004257. PubMed **PMID: 16437479**
- Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2010 Mar;69(3):483-9. PubMed **PMID: 19762361**

Más en la red

- Gelber AC. In the clinic. Osteoarthritis. Ann Intern Med. 2014;161(1):ITC1-16. Erratum in: Ann Intern Med. 2014;161(1):ITC1-16, Ann Intern Med. 2014;161(4):308. PubMed **PMID: 24979462**
- Glyn-Jones S, Palmer AJ, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, et al. Osteoarthritis. Lancet. 2015;386(9991):376-87. PubMed **PMID: 25748615**
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management. 2014. Disponible en: **<https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>**
- Richmond J, Hunter D, Irrgang J, Jones MH, Snyder-Mackler L, Van Durme D, et al; American Academy of Orthopaedic Surgeons. American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on the treatment of osteoarthritis (OA) of the knee. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(4):990-3. PubMed **PMID: 20360527**

Autor

■ Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la **[Página de cookies](#)**.

[Términos y condiciones](#) - **[Política de Privacidad](#)** |

