



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Adriana Zohemy Roblero Ramírez

Nombre del tema: Artrosis

Parcial: Cuarto parcial

Nombre de la Materia: Patología del adulto

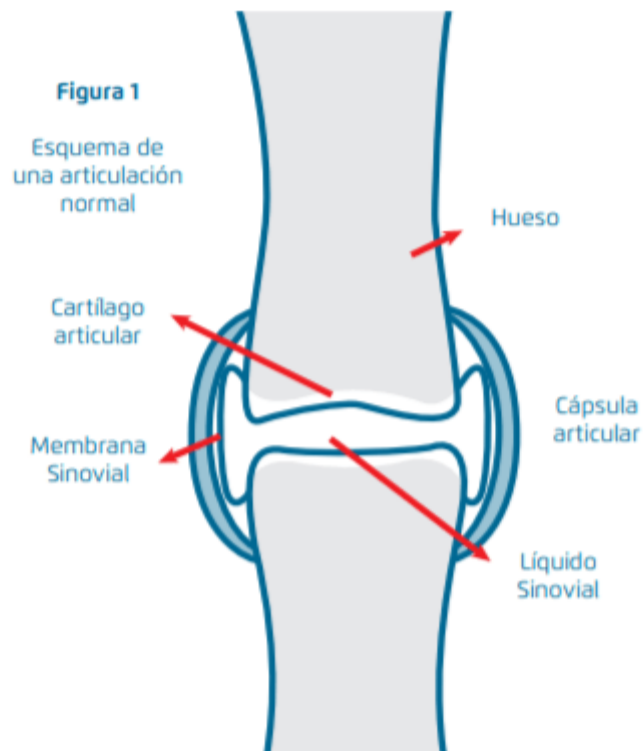
Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura de enfermería

Cuatrimestre: Sexto cuatrimestre, grupo A.

Lugar y Fecha de elaboración: Comitán de Domínguez, 27/07/2024

ARTROSIS



¿QUÉ ES?

La osteoartritis es una enfermedad crónica y degenerativa más frecuente, siendo la principal causa de dolor y discapacidad en el adulto mayor. Consiste en la insuficiencia de articulaciones diartrodeas (móviles, tapizadas por la sinovial) y se caracteriza por la pérdida gradual de cartílago articular.

CLASIFICACIÓN

Etiológicamente

- **Artrosis Primaria.** (idiopática), sin factores predisponentes obvios.
- **Artrosis Secundaria.** Puede ser precipitada por múltiples factores: traumatismos, congénitas o del desarrollo, metabólicas, endocrinas.

LOCALIZACIONES

- Columna cervical y lumbar
- Rodilla
- Cadera
- Dedos de la mano
- Trapecio-metacarpiana
- Metatarso-falángica primer dedo.

SÍNTOMAS

Dolor mecánico acompañado de rigidez matutina, no existiendo correlación entre el dolor y el daño estructural apreciada en las radiografías. Esta patología constituye una fuente importante de comorbilidad, discapacidad y pérdida de función en la población general. Está asociada a una elevada carga socio económica, siendo la primera causa de cirugías de reemplazo articular

EPIDEMIOLOGIA

- De las enfermedades reumatológicas, la artrosis, es la que presenta mayor prevalencia y representa la segunda causa de invalidez.
- La incidencia de artrosis es más elevada en mujeres, en especial después de los 50 años, y aumenta con la edad hasta los 80 años
- Diversos estudios han demostrado una gran variabilidad geográfica en la prevalencia de la artrosis

FISIOPATOLOGÍA

Es un trastorno bioquímico desencadenado por varios factores como el estrés mecánico.

El cartílago es un tejido avascular, sin inervación que está constituido por: Agua (65-80%), colágeno (10-30%), proteoglicanos (5-10%) y condrocitos (2%).

Presenta dos funciones:

- Superficie de contacto lisa con acción lubricante del líquido sinovial
- Distribución de carga.

El colágeno proporciona resistencia al cizallamiento y los proteoglicanos a la compresión. Aparece artrosis por pérdida de la integridad de los tejidos articulares que han de soportar cargas o por deterioro de las propiedades físicas del cartílago y hueso. Se ha pasado de un enfoque mecanicista a un enfoque molecular e inflamatorio caracterizado por alteraciones focales del cartílago articular a modo de fisuras y erosiones que pueden poner al descubierto el hueso subcondral, sobre todo en zonas de carga. La degradación de la matriz del cartílago se debe a un aumento no controlado de la actividad enzimática. Al comienzo, el cartílago afectado produce multiplicación de condrocitos y aumento de la actividad metabólica. Aumentan los proteoglicanos, por lo que se engrosa el cartílago, es la denominada fase de artrosis compensada, que puede durar años. En resumen, se caracteriza por un desequilibrio entre la degradación y reparación de la matriz, siendo el dato anatomopatológico primordial la pérdida progresiva del cartílago.

FACTORES DE RIESGO

La artrosis tiene un origen multifactorial, existiendo numerosos factores de riesgo que varían según la articulación considerada.

Factores generales

- Edad
- Sexo
- Raza
- Metabólicos

Factores biomecánicos:

- Obesidad
- Malformaciones
- Traumatismos
- Meniscopatías,

Tanto la prevalencia como la incidencia de la artrosis están estrechamente relacionadas con:

- Edad
- Sexo
- 50 años la prevalencia es similar en ambos sexos, a partir de esa edad es mayor en mujeres. Este aumento está más acentuado en las mujeres tras la menopausia.
- Sobrepeso
- Los microtraumatismos repetidos que se producen en una actividad laboral intensa o deportista de élite, también favorecen la aparición de artrosis
- Los meniscos distribuyen las cargas de manera armónica en la rodilla, por lo que la extirpación parcial o total de un menisco, en especial el externo, es muy artrógena.
- También varios estudios han relacionado la debilidad del cuádriceps y la gonartrosis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de artrosis debe realizarse siguiendo criterios clínicos y/o radiológicos, teniendo en cuenta que no siempre existe una buena correlación entre ellos. 5.1.

CLÍNICA

Puede aparecer en forma de crisis, subaguda o crónica.

- **Dolor**
Síntoma principal, es un dolor mecánico, cede en reposo y no despierta al paciente por la noche, es intenso al movilizar la articulación y cede o se alivia.
- **Rigidez articular**
Ritmo similar al del dolor. Con la evolución de la enfermedad la rigidez se hace constante y progresiva.
- **Tumefacción**
Debida a: derrame articular, osteofitos, engrosamiento sinovial o capsular.

- **Crepitación**

Ruidos articulares y deformidad, inestabilidad articular.

RADIOLOGÍA

La radiología evidencia los casos de artrosis. Los signos básicos en la radiología de la artrosis son:

- **Disminución de la interlínea articular.** Medida indirecta de la lesión del cartílago articular.
- **Osteofitos.** Es una proliferación reactiva del hueso subcondral a la pérdida cartilaginosa. Predominan en la zona de la articulación que está menos sometida a presión.
- **Esclerosis hueso subcondral.** En áreas de sobrecarga articular
- **Geodas o quistes subcondrales.** Son áreas radio lucentes en el espesor del hueso subcondral, de bordes bien definidos. Son consecuencia de la entrada de líquido sinovial por presión a través de microfracturas.

LA CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LA ARTROSIS

Descrita por Kellgren y Lawrence en 1957. Los signos radiológicos en los que se basa son los 4 descritos anteriormente.

Tabla 1. Osteoartritis radiológica según escala Kellgren-Lawrence	
Grado	Descripción
0	Ausencia de osteofitos
1	Osteofitos difusos. Dudoso pinzamiento del espacio articular.
2	Osteofitos mínimos, posible disminución del espacio articular, quistes y esclerosis
3	Osteofitos moderados o claros, con pinzamiento moderado de la interlínea
4	Grandes osteofitos y claro pinzamiento de la interlínea

Para las distintas articulaciones más comúnmente afectadas por la artrosis hay clasificaciones más específicas, como son:

- **Rodilla: Ahlbäck:** basada en el grado de pinzamiento de la interlínea, uni o bicompartimental, hundimiento de la meseta tibial y la presencia o no de subluxación.
- **Cadera: Tönnis:** presencia o no de esclerosis, estrechamiento articular, pérdida esfericidad de la cabeza femoral, presencia de quistes.
- **Columna cervical o lumbar:** no existe una clasificación de radiología simple que sea de uso habitual.
- **Trapezometacarpiana: Eaton y Glickel:** basada en estrechamiento articular, tamaño osteofitos, esclerosis, subluxación y afectación de articulación trapecioescafoidea.

OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Biomarcadores:** las pruebas de laboratorio básicas son normales. Puede haber un aumento de la VSG. Existen biomarcadores de artrosis, que aún se encuentran en fase de estudio y que no se usan en la práctica clínica habitual como: CTX-II, Helix-II, proteína oligomérica de matriz cartilaginosa (COMP), PCR.
- **Líquido sinovial:** la articulación artrósica suele tener mayor cantidad de líquido sinovial, sin tener relación la cantidad de éste con la intensidad de la artrosis. Es más amarillo y más viscoso que el normal y contiene menos de 2000 leucocitos /mm, siendo más del 50% linfocitos.
- **RMN y artroscopia:** para la mayoría de las localizaciones habituales de la artrosis, salvo para la columna donde la RMN es la prueba diagnóstica por excelencia, es suficiente como prueba complementaria la radiografía simple, algunos de los signos que podemos ver son: Cambios en la señal de la médula ósea (áreas de hipointensidad en T1, hiperintensidad en T2); volumen.

Tabla 2. Criterios de clasificación del American College of Rheumatology	
Artrosis de las manos	Dolor, molestias o rigidez de las articulaciones manos más: <ul style="list-style-type: none"> Hipertrofia articular de consistencia dura de 2 o más de las 10 articulaciones seleccionadas (IFP e IFD de 2º y 3º dedo y trapecio-metacarpiana de ambas manos) Menos de 3 MTCF inflamadas Uno de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> Hipertrofia articular de consistencia dura de 2 o más IFD de cualquier dedo Deformidad de 2 o más de las 10 articulaciones antes mencionadas
	Estos criterios tienen una sensibilidad de 94% y especificidad de 87%
Artrosis de la rodilla	Usando clínica y laboratorio (92% sensibilidad-75% especificidad) Dolor en la rodilla y al menos 5 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Edad mayor de 50 años Rigidez matutina menor de 30 minutos Crepitación Dolor a la presión sobre los márgenes óseos de la articulación Hipertrofia articular de consistencia dura Ausencia de signos evidentes de inflamación VSG menor de 40 mm/h FR negativo Líquido de características inflamatorias (claro, viscoso, leucocitos menos de 2.000/mm³)
	Clinico y radiológico (91% sensibilidad-86% especificidad)
	Dolor en la rodilla, osteofitos en radiología y al menos 1 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Edad mayor de 50 años Crepitación Rigidez matutina menor de 30 minutos
	Clinico (91% sensibilidad -69% especificidad)
Artrosis de la cadera	Dolor en la rodilla y al menos 3 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Edad mayor de 50 años Rigidez matutina menor de 30 minutos Crepitación Hipertrofia articular de consistencia dura Dolor a la presión sobre los márgenes óseos de la articulación Ausencia de signos evidentes de inflamación
	Dolor en cadera, más 2 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Osteofitos acetabulares o femorales en la radiografía VSG menor de 20 mm/h Disminución del espacio articular coxofemoral
Sensibilidad de 89% y especificidad de 91%	

GRADO 1: superficie cartilaginosa intacta, pero cartílago reblandecido.

GRADO 2: menos del 50% del cartílago articular con daño (superficie hundida)

GRADO 3: más del 50%

GRADO 4: el daño es de todo el espesor del cartílago y se expone hueso subcondral

TRATAMIENTO

Consiste en medidas farmacológicas y no farmacológicas, y en última instancia el tratamiento quirúrgico. Las medidas no farmacológicas son la clave en el tratamiento de la artrosis y las farmacológicas son un complemento de éstas.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

Las medidas no farmacológicas más ampliamente utilizadas en el tratamiento de la artrosis son:

- Pérdida de peso
- Educación sobre la enfermedad a pacientes y familiares
- Terapia física (ejercicios aeróbicos, programas de fortalecimiento muscular específicos, técnicas de tapping.)
- Terapia térmica
- Uso de ortesis
- Bastones
- Plantillas
- Acupuntura
- TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Paracetamol

- Es el primer fármaco a utilizar y el pilar de tratamiento farmacológico en artrosis.
- Dosis recomendada de 1 a 4 gr/día.
- Es seguro en los tratamientos prolongados.

AINES orales

Están indicados desde el principio si existen datos de inflamación articular, principalmente derrame. Los más usados son ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco y desketoprofeno.

No deben usarse combinaciones de AINES. Debe realizarse tratamiento gastroprotector (los más recomendados son los inhibidores de la bomba de protones) en todo paciente que recibe AINE clásico y presenta algún factor de riesgo. Otra opción es la toma de un COX-2. En las personas mayores de 75 años el ACR recomienda no usarlos. COX-2: eficacia similar con otros AINES e igual de

seguro para el tracto digestivo alto que la combinación de gastroprotector y un AINE clásico.

OPIOIDES

Indicado en aquellos casos no candidatos a cirugía que presentan dolor moderado severo a pesar de la administración de un AINE o están contraindicados éstos. Se emplean opiáceos menores

- Codeína
- Dihidrocodeína
- Dextropropoxifeno
- Tramadol
- Opiáceos mayores
- Fentanilo transdérmico
- Buprenorfina transdérmica
- Morfina.
- Tramadol

TRATAMIENTOS TÓPICOS

Son efectivos en procesos localizados cuando se utilizan en periodos de menos de dos semanas. Es una opción adicional para los pacientes con artrosis que tienen un alivio del dolor inadecuado o que no pueden tolerar la terapia sistémica. Los dos agentes mejor evaluados son los antiinflamatorios no esteroideos tópicos y la capsaicina. Existe razonablemente fuerte evidencia para concluir que los agentes tópicos son eficaces y seguros para los pacientes con artrosis. El efecto adverso descrito es la irritación cutánea de la zona de aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

[CAPITULO 40.pdf \(secot.es\)](#)