

Osteoartritis: qué es, síntomas, tratamientos y diagnóstico



¿Qué es la osteoartritis?

A veces se llama enfermedad degenerativa de las articulaciones, la osteoartritis es el tipo más común de artritis y se ocurre especialmente entre las personas mayores. La osteoartritis afecta principalmente el cartílago, el tejido duro pero resbaladizo que cubre los extremos de los huesos en donde se encuentran para formar una articulación.

El cartílago sano permite que los huesos se deslicen uno encima del otro. También absorbe la energía del choque del movimiento físico. En la osteoartritis, la capa superficial del cartílago se rompe y desaparece. Esto permite que los huesos debajo del cartílago se froten juntos, causando dolor, hinchazón y pérdida de movimiento de la articulación.

Con el tiempo, la articulación puede perder su forma normal. También, los pequeños depósitos de hueso (llamados osteofitos o espuelas óseas) pueden crecer en los bordes de la articulación. Los pedazos de hueso o cartílago pueden romperse y flotar dentro del espacio articular causando más dolor y daño.

Las personas con osteoartritis por lo general tienen rigidez y dolor en las articulaciones. A diferencia de otras formas de artritis, como la artritis reumatoide, la osteoartritis afecta sólo a la

función articular. No afecta el tejido de la piel, los pulmones, los ojos o los vasos sanguíneos.

En la artritis reumatoide, otra forma común de la artritis, el sistema inmune ataca los tejidos de las articulaciones, dando lugar a dolor, inflamación y, finalmente, daño articular y malformación. Por lo general comienza a una edad más temprana que la osteoartritis causando hinchazón y enrojecimiento en las articulaciones, y puede hacer que la gente se sienta enferma, cansada y con fiebre. Además, la participación conjunta de la artritis reumatoide es simétrica; Es decir, si una articulación se ve afectada, la misma articulación en el lado opuesto del cuerpo suele estar afectada de manera similar. La osteoartritis, por otra parte, puede ocurrir en una sola articulación o puede afectar una articulación en un lado del cuerpo mucho más severamente.

¿Quién puede tener osteoartritis?

La osteoartritis es por mucho el tipo más común de la artritis, y el porcentaje de la gente que la tiene aumenta junto con la edad. Sólo en los Estados Unidos se estima que 27 millones de personas de 25 años o más tienen osteoartritis.

Aunque la osteoartritis se vuelve más común con la edad, las personas más jóvenes pueden desarrollarla, generalmente como resultado de una lesión articular, una malformación articular o un defecto genético en el cartílago articular.

Tanto los hombres como las mujeres tienen la enfermedad. Antes de los 45 años, más hombres que mujeres tienen osteoartritis; Después de los 45 años, es más común en las mujeres. También es más probable que ocurra en personas que tienen sobrepeso y en aquellos con trabajos que hacen hincapié (demasiado esfuerzo) en determinadas articulaciones.

Aún no se entiende por completo por qué una persona tiene osteoartritis. Sin embargo, ciertos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar la condición. Es más probable que desarrolle osteoartritis en los siguientes casos:

- Uno de sus padres tiene la condición
- Tiene más de 50
- Eres mujer
- Usted tiene sobrepeso u obesidad
- Usted se ha lesionado previamente o ha tenido una operación en su articulación
- Usted usa repetidamente una articulación en particular en su trabajo o pasatiempo
- Usted nació con problemas con la estructura o estabilidad de sus articulaciones, o los desarrolló en la infancia

Factores de Riesgo para la Osteoartritis

EDAD: En los estudios demográficos, la edad es el factor de riesgo de OA (osteoartritis) más se

Foromed

Salud, nutrición, estilo de vida y todo lo necesario para estar informado sobre la salud y el bienestar que las personas necesitan día a día

<http://foromed.com>

identifica, independientemente de la articulación estudiada. Las tasas de prevalencia de OA radiográfica PONER y, en menor medida, de OA sintomática aumentan abruptamente después de los 50 años en los hombres y de 40 años en mujeres. La OA rara vez está presente en individuos menores de 35 años de edad, y las causas secundarias de OA u otros tipos de artritis debe ser fuertemente considerado en este segmento de la población.

SEXO: El sexo femenino también es un factor de riesgo bien reconocido para la OA. La OA manual es particularmente prevalente entre las mujeres. Además, la OA poliarticular y la OA aislada de la rodilla son ligeramente más comunes en las mujeres que en los hombres, mientras que la OA de la cadera ocurre más comúnmente en los hombres. Curiosamente, las mujeres son más propensas a reportar dolor en todas las articulaciones afectadas, incluyendo la cadera, que los hombres.

OBESIDAD: Los estudios de cohortes han demostrado una clara asociación de la obesidad con el desarrollo de la OA radiográfica de la rodilla en las mujeres y una asociación más débil con la OA de la cadera. En tanto si la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de OA en las manos, esto sigue siendo un factor controvertido. Sin embargo, este sigue siendo uno de los factores de riesgo modificables más importantes para la OA y los pacientes deben ser aconsejados apropiadamente.

ESTRÉS CONJUNTO: Las lesiones repetitivas y los traumatismos físicos relacionados con la ocupación contribuyen al desarrollo de OA secundaria (no idiopática), la que a veces ocurre en articulaciones que no se ven afectadas por OA primaria (idiopática), como las articulaciones metacarpofalángicas, las muñecas y los tobillos. Aunque la prevalencia de la OA de la rodilla es mayor en los adultos que se han dedicado a ocupaciones que requieren de actividades repetitivas y extenuantes, una asociación con ejercicio regular e intenso sigue siendo una terapia controvertida.

Aunque un estudio reciente de la base de datos [Framingham](#) en adultos mayores proporcionó la primera relación longitudinal entre el alto nivel de actividad física y la incidencia de OA de rodilla. Es poco probable que los ejercicios de bajo impacto y recreativos constituyan un factor de riesgo para la OA de rodilla, y es probable que beneficien al sistema cardiovascular. La [meniscectomía](#) previa es un factor de riesgo significativo en los hombres para el desarrollo de OA en la rodilla.

GENÉTICA: Los estudios de gemelos han demostrado un papel importante para la genética en el desarrollo de OA. En algunos casos, esto se asocia con un síndrome genético particular, como el Síndrome de Stickler o la condrocalcinosis familiar. Los estudios de todo el genoma continúan evaluando para determinados cromosomas, particularmente aquellos involucrados en la estructura y metabolismo del hueso o del cartílago articular, y asociaciones de OA familiar.

Síntomas de la osteoartritis

La OA es diagnosticada por una tríada de síntomas típicos, hallazgos físicos y cambios radiográficos. [El Colegio Americano de Reumatología](#) ha establecido criterios de clasificación para ayudar en la identificación de pacientes con OA sintomática que incluyen, pero no dependen únicamente de los hallazgos radiográficos.

SINTOMAS: Los pacientes con enfermedad temprana **experimentan dolor articular** localizado que empeora con la actividad y se alivia con el reposo, mientras que aquellos con enfermedad grave pueden tener dolor incluso en reposo. Las articulaciones que soportan el peso pueden "bloquearse" o "ceder" debido al desarreglo interno que es una consecuencia de una enfermedad avanzada. La rigidez en la mañana o después de la inactividad ("fenómeno de gel") rara vez excede los 30 minutos. Los pacientes tienen dolor el que generalmente es peor al final del día comparado con el comienzo (porque los síntomas empeoran con el uso / actividad).

SIGNOS / RESULTADOS DEL EXAMEN: Los hallazgos físicos en las articulaciones osteoartíticas incluyen un aumento óseo, crepitación, efusiones frescas y disminución del rango de movimiento. La sensibilidad a la palpación en la línea articular y el dolor en el movimiento pasivo también son comunes, aunque no son únicos para la OA. Un factor ausente en la OA es la [sinovitis](#) la cual se ve en la artritis inflamatoria (como la artritis reumatoide) o la inflamación intensa y caliente de las artropatías cristalinas.

La distribución de la participación conjunta en la OA también es importante. Las rodillas y las caderas son sitios comunes (porque son articulaciones que soportan peso). Las manos pueden estar involucradas, particularmente las articulaciones interfalángicas distal y proximal, donde las ampliaciones óseas pueden llegar a ser bastante dramáticas las cuales se denominan nódulos de Heberden y Bouchard. La base del pulgar (la primera articulación carpometacarpiana) está frecuentemente involucrada en la OA e incluso puede estar hinchada y puede confundirse con la implicación de la muñeca.

RESULTADOS DE LA RADIOLOGÍA / IMAGEN: Los hallazgos radiológicos en la OA (diapositiva) incluyen la formación de osteofitos, el estrechamiento del espacio articular, la esclerosis subcondral y los quistes. La presencia de un osteófito es el marcador radiográfico más específico para la OA, aunque es indicativo de una enfermedad relativamente avanzada.

La osteoporosis peri-articular y las erosiones no deben ser demostradas en la OA y la presencia de éstas debe impulsar la investigación para un diagnóstico alternativo. Aunque las radiografías convencionales son el método más barato y de fácil acceso a imágenes que confirmen un diagnóstico de OA, la [resonancia magnética](#) (IRM) se está convirtiendo en una herramienta de diagnóstico cada vez más importante. En comparación con las radiografías convencionales que sólo pueden mostrar cambios óseos, las IRM tiene el beneficio de proporcionar información sobre el cartílago, las estructuras periarticulares (tendones) y puede mostrar "edemas" en el hueso subcondral.

La RM está siendo investigada como una herramienta para evaluar la progresión de la OA a medida que los investigadores continúan intentando desarrollar terapias para tratar la OA.

Diagnóstico de la osteoartritis

Si un paciente tiene los síntomas típicos y las características radiográficas descritas anteriormente, el diagnóstico de OA es relativamente directo y es poco probable que se confunda con otras entidades. Sin embargo, en casos menos directos, deben considerarse otros diagnósticos:

Alteración de la estructura periarticular: El dolor periarticular que no se reproduce por movimientos pasivos o palpaciones de la articulación debe sugerir una etiología alternativa como la bursitis, la tendinitis o la periostitis.

Artritis inflamatoria: Si la distribución de las **articulaciones** metacarpofalángicas (**MCP**) dolorosas incluyen a la muñeca, codo, tobillo u hombro, la OA es improbable, a menos que haya factores de riesgo específicos (tales como antecedentes de lesiones profesionales, deportivas). La rigidez prolongada (más de una hora) debe aumentar la sospecha de una artritis inflamatoria como la artritis reumatoide. El calor marcado y eritema en una articulación sugieren una etiología cristalina. La [Artrocentesis](#) (Aspiración de la articulación) puede ayudar a distinguir entre estos tipos de artritis si el diagnóstico no está claro por el historial, el examen físico, y las radiografías. Si hay alguna sugerencia de una articulación infectada, debe ser aspirada junto con el líquido.

Otras afecciones inflamatorias / sistémicas: Pérdida de peso, fatiga, fiebre y pérdida del apetito sugieren una posible enfermedad sistémica como la polimialgia reumática, artritis reumatoide, lupus o sepsis o malignidad.

Tratamiento de la osteoartritis

El paso más eficaz para controlar los síntomas de la osteoartritis es obtener un diagnóstico precoz y comenzar el tratamiento lo antes posible. Los tratamientos no quirúrgicos a menudo son suficientes para el manejo de los síntomas físicos y de la preservación del funcionamiento diario.

Los programas de tratamiento de la osteoartritis normalmente incluyen una combinación de medicamentos y terapias de ejercicios.

Medicamentos

La terapia con fármacos se utiliza para controlar los síntomas físicos, con un enfoque en aliviar el dolor y retardar la progresión de la enfermedad. Algunos medicamentos de uso común incluyen:

Analgésicos. Se usan analgésicos tales como el acetaminofén (Tylenol) o tramadol (Ultram) para aliviar el dolor, sin embargo estos no alivian la inflamación o la hinchazón. Debido a que tienen

Foromed

Salud, nutrición, estilo de vida y todo lo necesario para estar informado sobre la salud y el bienestar que las personas necesitan día a día
<http://foromed.com>

pocos efectos secundarios, los analgésicos se recomiendan para pacientes que experimentan de un dolor leve a moderado.

Analgésicos tópicos. Los analgésicos tópicos son cremas que se pueden aplicar directamente a la piel sobre el área afectada. Los ingredientes primarios en estas cremas son generalmente contrairritantes, tales como wintergreen y eucalipto, que estimulan las terminaciones nerviosas y distraen al cerebro del dolor común. Los analgésicos tópicos están disponibles en la mayoría de farmacias y pueden usarse en combinación con la mayoría de los medicamentos orales para el dolor.

AINE. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, como la aspirina, el ibuprofeno (Advil), el naproxeno (Aleve), los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) se utilizan para reducir el hinchamiento y la inflamación y son recomendables para pacientes que experimentan dolor de moderado a severo.

Terapia física

La terapia física proporciona ejercicios específicos que ayudan a mantener la capacidad de realizar tareas cotidianas como caminar, bañarse y vestirse. Aunque el descanso es una parte importante del proceso de curación, es importante mantenerse al día con niveles moderados de actividad para fortalecer los músculos que rodean la articulación dañada.

Unos músculos más fuertes proporcionan una mayor estabilidad para la articulación, lo que a su vez ayuda a reducir el estrés en la articulación.

La terapia ocupacional también puede ser recomendable para demostrar las modificaciones apropiadas en las actividades cotidianas que pueden estar causando dolor.

Inyecciones

Las inyecciones de esteroides se realizan a menudo si el dolor es de moderado a severo y especialmente si los síntomas del dolor limitan la capacidad del paciente de participar con ejercicios. Cuando se combinan con terapia física, las inyecciones de esteroides pueden ofrecer una "ventana de oportunidad" muy importante durante la cual el paciente puede participar más plenamente con la terapia, debido a que el dolor se resuelve o al menos se controla mejor. Al permitir que el paciente participe con la terapia, el paciente puede estirar y fortalecer los músculos importantes alrededor de la articulación afectada y, por lo tanto, disminuir la carga experimentada por la articulación (s) para que la inflamación y el dolor no regresen.

Las inyecciones de ácido hialurónico son otra modalidad de inyección diseñada para ayudar a lubricar la articulación y reducir el dolor y la inflamación de la articulación. Estas inyecciones tratan de ayudar a reemplazar el líquido natural de la articulación y a veces son descritas como

Foromed

Salud, nutrición, estilo de vida y todo lo necesario para estar informado sobre la salud y el bienestar que las personas necesitan día a día

<http://foromed.com>

"pavimentador de los orificios de la olla en la articulación". Al reducir la inflamación y el dolor en la articulación, al igual que con las inyecciones de esteroides, una "ventana de oportunidad" se abrirá para que el paciente se estire y fortalezca los músculos de manera adecuada. Si el paciente no usa esta ventana, los síntomas a menudo se repetirán en 6-12 meses, momento en el cual las inyecciones pueden repetirse si es necesario.

Cirugía

Para la mayoría de los pacientes, los síntomas de la osteoartritis pueden ser manejados con éxito a través de la atención no quirúrgica. Para otros, sin embargo, si están experimentando graves daños articulares, dolor extremo o movilidad muy restringida, la cirugía puede ser una opción viable. Los tipos más comunes de cirugía para la osteoartritis de la cadera o la osteoartritis de la rodilla incluyen la cirugía artroscópica, osteotomía y artroplastia (reemplazo total de la articulación).

Mientras que los beneficios potenciales de la cirugía, como la mejora del movimiento y el alivio del dolor, pueden ser atractivos, es importante recordar que cualquier cirugía conlleva riesgos. Estos riesgos son más altos para los pacientes que tienen sobrepeso o tienen otras comorbilidades, lo que es una preocupación para muchos pacientes con osteoartritis.

Cómo vivir con la osteoartritis

Tener dolor en las articulaciones puede significar que es difícil para usted salir, ir a trabajar o disfrutar de sus aficiones e intereses. Esto puede hacer que se sienta limitado (a), lo cual disminuye las ganas de salir, hacer cosas y conocer gente. Todo esto es muy natural.

Pero hay mucho que puedes hacer para ayudarte a ti mismo. Manténgase lo más activo (a) posible. Continúe con pasatiempos e intereses que disfrute, tal vez pueda hacerlo con algunas adaptaciones a sus técnicas o utilizando dispositivos de asistencia o gadgets. Encuentre un nuevo pasatiempo o interés, o tal vez sea voluntario para ayudar a otros. Esto levantará su espíritu, le ayudará a conocer gente y le dará un sentido de propósito.

Si está en el trabajo, pregunte si su empleador tiene un departamento de salud ocupacional. Podrán ayudarle a hacer ajustes en su forma de trabajar o en su área de trabajo para facilitar su desempeño.

Hable con su médico de cabecera si su condición está teniendo un impacto significativo en su vida cotidiana y pregunte qué se puede hacer para mejorar. Recuerde que no está solo: muchas otras personas tienen osteoartritis, y ellos han encontrado maneras de hacer frente a sus síntomas.

Referencias:

Foromed

Salud, nutrición, estilo de vida y todo lo necesario para estar informado sobre la salud y el bienestar que las personas necesitan día a día

<http://foromed.com>

<https://www.hopkinsarthritis.org/>

<http://www.arthritis-health.com/types/osteoarthritis/osteoarthritis-treatment>