

---

Enfermedades degenerativas articulares  
Dr. Víctor Bustamante Camacho  
ARTROSIS: COLUMNA, CADERA Y RODILLA; CLÍNICA Y  
FISIOPATOLOGÍA; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; TRATAMIENTO

MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO; ARTROPLASTÍAS

---

## ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ARTICULARES

Se presentan en general a partir de la quinta década de la vida y afectan principalmente a aquellas articulaciones sometidas al apoyo del peso. Estos procesos degenerativos también son influenciados por la presencia de deformidades congénitas, el antecedente de trabajos penosos o de traumatismos.

### 1. ARTROSIS DE COLUMNA

Espondiloartrosis: es la artrosis de la columna vertebral, y se da principalmente en aquellos pacientes que en su vida realizaron trabajos penosos: trabajadores de construcción civil, mineros, etc.

Las articulaciones de la columna vertebral son el asiento más común de los fenómenos degenerativos, éstos pueden afectar cualquiera de los segmentos, cervical, dorsal o lumbar, pero la localización es en los sitios de mayor movilidad: C5, D8, y L3 L4 es preponderante. La osteoartrosis puede afectar las articulaciones entre los cuerpos vertebrales produciendo degeneración de los discos intervertebrales y formación de osteofitos o de las articulaciones interapofisarias.

La osteoartrosis de la columna puede acompañarse de dolor localizado y rigidez con espasmo muscular paravertebral o de dolor radicular con cambios sensitivos y motores. El compromiso de la columna cervical ocasiona a veces compresión de las arterias vertebrales produciendo mareo, vértigo y cefalea.

#### 1.1. CAMBIOS RADIOLÓGICOS

Aunque el aspecto radiológico inicial puede ser normal, a medida que

avanza la enfermedad se produce:

1. Disminución irregular del espacio articular por daño del cartílago.
2. Esclerosis del hueso subcondral.
3. Presencia de quistes subcondrales.
4. Osteofitos como consecuencia de la revascularización del cartílago.
5. Colapso óseo por compresión de las trabéculas débiles y deformadas.

En la osteoartrosis de la columna es muy importante practicar radiografías oblicuas que permiten visualizar las articulaciones interapofisarias y los agujeros de conjunción que se estrechan por la presencia de osteofitos.

## 1.2. TRATAMIENTO

La terapia física es efectiva para el alivio del dolor y de la rigidez, principalmente por medio del calor húmedo, para el fortalecimiento muscular se usan ejercicios isométricos. Conjuntamente con el programa básico, es necesario el uso de analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos.

## 2. ARTROSIS DE LA CADERA

Llamada también coxartrosis es el proceso degenerativo que afecta la articulación coxofemoral.

La sintomatología puede ser condensada en breves palabras: inicialmente fatiga a la marcha y dolores progresivamente intensos que limitan cada vez más la movilidad. Particularmente la abducción y la rotación interna disminuyen su amplitud. Molestias al levantarse después de estar sentado largo rato. Sobre todo, si el asiento es bajo. Se va estableciendo gradualmente una contractura en flexoadducción y rotación interna. Esto es causa de acortamiento y lógicamente de claudicación en el paciente. Los dolores van siendo cada vez más intensos, y el enfermo solicita una solución para sus padecimientos.

El paciente tiene como antecedente el haber realizado trabajos penosos, los jugadores de fútbol, etc. Las enfermedades congénitas: coxa vara, coxa valga, secuelas de displasia de cadera, etc., condicionan al final una artrosis dolorosa.

El cuadro radiográfico mostrará pinzamiento articular, si se compara con la cadera contra lateral, también se pueden encontrar osteofitos marginales.

### 2.1. TRATAMIENTO

En los casos iniciales se indican antiinflamatorios no esteroideos y la ayuda de un bastón.

Si la sintomatología no cediera hay que plantear la cirugía. La cirugía de la coxartrosis depende de varios factores: edad del paciente, ocupación del paciente y hasta el grado cultural.

Adultos jóvenes: hay dos alternativas. Si existe congruencia articular y el

grado de flexión llegara a los 60 grados, se puede practicar una osteotomía intertrocanterea. Si la articulación está muy comprometida y hay incongruencia articular se practicará una artrodesis (fijación de la articulación).

Paciente por encima de los 50 años de edad, se puede practicar la llamada artroplastía total de cadera.

En la década de los 60, John Charnley, en Inglaterra, empezó sus experimentos para desarrollar una prótesis total de cadera para el tratamiento definitivo de las coxartrosis. Diseñó un componente acetabular de plástico y un componente femoral metálico, ambos componentes se unían al hueso con cemento acrílico. Puso énfasis en usar una cabeza pequeña de 22 mm de diámetro, desarrollando el concepto de baja fricción, para una larga vida de esta prótesis de cadera. Posteriormente apareció la prótesis de Muller, con una cabeza de 32 mm, siempre usando el cemento acrílico como método de fijación. En el Perú, en 1969 se colocó la primera prótesis total en el Hospital G. Almenara -IPSS, usando el modelo Ring, que era una prótesis metálica, colocada a presión dentro del hueso.

Con el correr del tiempo aparecieron las complicaciones, tales como la infección y el aflojamiento. Por este motivo aparecieron las llamadas prótesis no cementadas, que usan el microporo de Titanio o la hidroxiapatita como medio de fijación. Como requisito para ello se requiere la presencia de un hueso duro. Antes de practicar una artroplastía total al paciente hay que realizarle un despistaje de focos sépticos (dentales, faríngeos, orina). Es importante que el paciente tenga un grado de cultura que le haga entender las limitaciones que tendrá en su vida después de una artroplastía; no debe subir de peso, no debe cargar pesos, no debe caminar sobre terreno desigual, etc. además de controles periódicos cada año.

En cuanto se refiere a los implantes, se deben usar de la mejor calidad, que garanticen una larga vida útil.

### 3. ARTROSIS DE RODILLA (GONARTROSIS)

Se denomina así a la artrosis de la articulación de la rodilla. La artrosis es una afección degenerativa originada en alteraciones del cartílago articular, estas alteraciones pueden ser "primarias" y "secundarias". En el caso particular de la rodilla, la mayor parte de las artrosis son "secundarias" a trastornos de orden estático o son secuelas de procesos infecciosos, postraumáticos o postoperatorios.

En gran parte de las artrosis de rodilla existe un factor "mecánico" en causa; trátase de una desviación regional axial, casi siempre en varo, de una inestabilidad de orden ligamentario, de una malposición rotuliana o de un trastorno a distancia a veces no bien apreciado que repercute sobre la rodilla.

Cuadro radiológico: muestra diferentes grados de pinzamiento articular y presencia de osteofitos marginales. Las radiografías deben solicitarse en proyecciones frontal, lateral, o para apreciar la rótula sobre los cóndilos femorales, se solicita una especial "a vuolo de uccello" con la rodilla en máxima

flexión. También solicitar radiografías con apoyo monopodálico.

Algunas artrosis de rodilla poco avanzadas, se controlan con analgésicos, reducción de peso, uso ocasional del bastón, ejercicios para fortalecimiento de músculos extensores y medicina física; si ello no da resultado hay que replantear el tratamiento y considerar las posibilidades de infiltraciones articulares con corticoides, y por último la cirugía.

El tipo de cirugía dependerá de la edad del paciente, ocupación laboral, grado cultural, etc. En pacientes adultos jóvenes afectados de gonartrosis dolorosas, se practica la llamada "artrolisis" (joint debridement), que consiste en abrir la articulación, practicar sinovectomía total, extirpar los osteofitos marginales, practicar perforaciones en los cóndilos femorales. Postoperatoriamente, al paciente se le coloca en una cama ortopédica con marco balcánico, asociado a una férula de Thomas Pearson, para realizar movimientos de flexoextensión ayudado con poleas. Posteriormente se envía al paciente a rehabilitación. En aquellos pacientes en los cuales no se consigue éxito con la artrolisis, hay que considerar una artrodesis.

Ante la presencia de una rodilla dolorosa con desviación en varo o valgo, con el consiguiente pinzamiento de compartimiento interno o externo, se realizan las llamadas "osteotomías altas de tibia".

Si el paciente pasa de los 50 años de edad y presenta una gonartrosis dolorosa, rebelde al tratamiento médico y fisioterápico, se puede realizar una artroplastía total de rodilla.

La prótesis total de rodilla tiene un componente femoral metálico, un componente tibial metálico, encima del cual va un inserto de polietileno, la cara posterior de la rótula también es remodelada, colocándole un implante de polietileno. Todo ello va unido al hueso por medio de cemento acrílico. El paciente es dado de alta a los 10 días de operado, caminando con dos bastones. Se recomienda que la prótesis sea de calidad.