



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



Clínica. Localizaciones: rodilla, cadera, manos, columna, otras localizaciones

Álvaro Pérez Martín

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Miembro del Grupo Nacional de Enfermedades Reumatólogicas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Centro, Santander, España

PALABRAS CLAVE

Artrosis;
Criterios diagnósticos;
Clínica;
Cadera;
Rodilla;
Mano;
Columna

Resumen

La clínica que presentan estos pacientes difiere mucho de unos a otros, dependiendo especialmente de la localización de la artrosis, y no hay buena correlación entre la afectación radiológica y el dolor. Generalmente, la clínica es de inicio gradual y evolución lenta, aunque progresiva, y las articulaciones más afectadas son las rodillas, las caderas, las manos y la columna vertebral. Los principales síntomas y signos son el dolor, la rigidez, la deformidad articular y la crepitación. El dolor es de características mecánicas y de causa multifactorial; en fases iniciales suele cursar en brotes autolimitados y posteriormente puede permanecer casi constante. Los criterios del American College of Rheumatology para clasificar las artrosis de rodilla, cadera y manos son una ayuda para la clasificación y estandarización, pero no sirven para el diagnóstico de la enfermedad. La artrosis de cadera suele presentar dolor inguinal, en la parte interna y anterior del muslo hasta la rodilla y con la evolución tiende a producir limitación de la movilidad. La artrosis de rodilla es más frecuente en mujeres y suele asociarse con la de mano y la obesidad. En la artrosis de manos, las articulaciones más afectadas son las interfalángicas distales, seguidas de las interfalángicas proximales y la trapeziometacarpiana; es frecuente la aparición de nódulos de Heberden y Bouchard; la afectación de la articulación trapeziometacarpiana se denomina rizartrosis, siendo una de las artrosis que más limita la funcionalidad de la mano. La artrosis de columna afecta a las articulaciones interapofisarias y a los cuerpos vertebrales. Otras artrosis menos frecuentes son las del pie, codo y hombro, que generalmente son secundarias.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Osteoarthritis;
Diagnostic criteria;
Symptoms;
Hip;
Knee;
Hand;
Spine

Symptoms. Localizations: knee, hip, hands, spine, other localizations

Abstract

The symptoms of osteoarthritis vary widely from patient to patient, depending especially on the localization of the disease. There is a poor correlation between radiological involvement and pain. In general, symptom onset is gradual and symptoms increase slowly but progressively. The most commonly affected joints are the knees, hips, hands, and spine. The main signs and symptoms are pain, stiffness, joint deformity, and crepitus. Pain is mechanical and its causes are multifactorial; in the initial phases, pain usually manifests in self-limiting episodes but may

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

subsequently be almost constant. The criteria of the American college of Rheumatology for the classification of osteoarthritis of the knee, hip and hands are an aid to classification and standardization but are not useful for diagnosis. Hip osteoarthritis usually produces inguinal pain in the internal and anterior sections of the muscle extending to the knee and, with progression, tends to limit mobility. Knee osteoarthritis is more frequent in women and is usually associated with hand osteoarthritis and obesity. In hand osteoarthritis, the most commonly affected joints are the distal interphalangeal joints, followed by the proximal interphalangeal joints and the trapeziometacarpal joints; the development of Heberden and Bouchard nodes is common; involvement of the trapeziometacarpal joint is called rhizarthrosis and is one of the forms of osteoarthritis that produces the greatest limitation on hand function. Osteoarthritis of the spine affects the facet joints and the vertebral bodies. Other, less frequent, localizations are the foot, elbow and shoulder, which are generally secondary forms of osteoarthritis.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Puntos clave

- No hay buena correlación entre la afectación radiológica y la intensidad del dolor, influyendo la localización y tolerabilidad del sujeto.
- Las articulaciones más frecuentemente afectadas por la artrosis son las rodillas, las caderas, los dedos de las manos y la columna vertebral, principalmente a nivel cervical y lumbar.
- La artrosis de cadera suele presentar dolor inguinal y en la parte anterointerna del muslo hasta la rodilla; con la evolución tiende a producir limitación de la movilidad.
- La artrosis de rodilla es más frecuente en mujeres y suele asociarse o relacionarse con la artrosis de mano y con la obesidad.
- En la artrosis de manos, las articulaciones más afectadas son las interfalángicas distales, seguidas por las interfalángicas proximales y la trapeziometacarpiana, siendo frecuente la aparición de nódulos de Heberden y Bouchard. Las artrosis del pie, codo y hombro son generalmente secundarias a otras patologías.

Introducción

La clínica de la artrosis suele aparecer a partir de los 40 años, difiriendo mucho según la localización y del individuo; es importante recordar que no suele haber buena correlación entre la afectación radiológica y la intensidad del dolor.

Suele ser de inicio gradual y evolución lenta, aunque generalmente progresiva (en ocasiones puede permanecer estable durante un largo período y, posteriormente, evolucionar de forma rápida), y en ocasiones los pacientes relacionan la aparición de síntomas con los cambios climáticos o de presión, aunque esto no está del todo claro a nivel de evidencia causa-efecto¹.

La enfermedad artrósica puede causar alteración de una o varias articulaciones, pudiendo afectar a cualquiera: rodillas, caderas, dedos de las manos y pies y columna vertebral, principalmente cervical y lumbar. De todas estas, cadera, rodilla y manos, por este orden, son las más frecuentes.

Síntomas y signos

Dolor. Es el síntoma principal, casi siempre sigue un patrón de características mecánicas, lo que permite diferenciar a la artrosis de otras enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide. El dolor en las fases iniciales suele cursar en brotes autolimitados, generalmente empeora con el ejercicio y mejora con el reposo y los antiinflamatorios; posteriormente, a medida que las articulaciones degeneran, el dolor puede permanecer casi constante, incluso con el reposo, respondiendo peor a los fármacos antiinflamatorios².

Es muy raro que el dolor aparezca por la noche y despierte al sujeto o que haya síntomas de afectación del estado general o de algún órgano.

El dolor de origen artrósico es de causa multifactorial, ya que el cartílago articular carece de inervación, por lo que existirán causas tanto articulares como extraarticulares; entre ellas podemos encontrar microfracturas subcondrales, periostitis en la zona de remodelado óseo, afectación de fibras nerviosas por osteofitos, inflamación de la sinovial, isquemia ósea por edema o afectación de ligamentos o músculos que rodean la articulación².

Con la evolución de la enfermedad pueden producirse deformaciones de los huesos y contracturas musculares que agravan el dolor, además de atrofia de los músculos que rodean a las articulaciones.

De todas formas debemos tener en cuenta que la intensidad del dolor depende también del umbral que tiene cada sujeto.

Rigidez. Aparece tras una inactividad prolongada y tiene una duración menor de 1 h, a diferencia de la producida por patologías inflamatorias como la artritis reumatoide o las espondilitis. Suele notarse principalmente al levantarse de la cama después del sueño nocturno e iniciar la actividad.

Deformidad articular o protuberancias óseas. Pueden aparecer nódulos o protuberancias en los huesos, que con la evolución provocan desviaciones y rigidez. El dolor suele disminuir con la aparición de los nódulos y la deformidad articular.

Aumento del tamaño de las articulaciones. Se debe a alteración producida en las diferentes estructuras de la articulación, ya sea del hueso, del cartílago o de las partes

blandas adyacentes; en ocasiones es causado por el derrame articular que se ocasiona.

Crepitación o ruidos. Se producen por la degeneración del cartílago y del hueso, aparecen con la movilización de la articulación.

Debilidad y sensación de entumecimiento. La degeneración ósea en ocasiones se acompaña de la presencia de osteofitos, los cuales pueden comprimir nervios y producir, además de dolor, sensación de pérdida de fuerza y adormecimiento y, en ocasiones, otros síntomas como mareos o problemas de visión en la cervicoartrosis severa.

Sintomatología

Evolución

Suele ser lenta, variando mucho la sintomatología de unos pacientes a otros, pudiendo permanecer estable durante largos períodos y evolucionar posteriormente de forma rápida.

Localización

Es obvio que la sintomatología que va a manifestar el paciente artrósico va a depender no solo del grado de evolución de la enfermedad, sino también de su localización, por eso es interesante especificar por separado las características clínicas de las principales articulaciones afectadas.

Existen criterios del American College of Rheumatology (ACR) para clasificar las artrosis en varias localizaciones como las rodillas, la cadera y las manos pero debemos recordar que no sirven para el diagnóstico de la enfermedad, sino que son una ayuda para la clasificación de las diferentes artrosis y para la estandarización de casos en los trabajos de investigación.

Cadera. La cadera es la otra articulación más frecuentemente afectada después de la rodilla y una de las que más incapacita. Suele ser de localización unilateral, aunque un 10-20% termina desarrollando artrosis contralateral en los siguientes 8 años. Presenta una causa secundaria en un número elevado de casos, generalmente por un defecto previo en la cadera.

Afecta ligeramente más a los varones, siendo el síntoma más frecuente el dolor de características mecánicas, de localización inguinal y en la parte interna y anterior del muslo hasta la rodilla (en ocasiones puede presentarse el dolor en otras localizaciones como la región glútea o la parte posterior del muslo). El dolor aparece con la movilización de la cadera o con el apoyo de la extremidad inferior y, en ocasiones, obliga al sujeto a realizar una marcha antiálgica en Trendelenburg (basculación de la pelvis al lado contrario al realizar el apoyo sobre la extremidad de la cadera artrósica, debido a la debilidad del músculo glúteo mediano).

Con la evolución de la artrosis se produce la limitación de la movilidad en la articulación; en un primer momento suele limitarse la rotación interna y los movimientos de flexión y abducción pero, posteriormente, se limita también el resto de movimientos, quedando la articulación acortada y en flexión, lo que produce una inclinación lordótica compensa-

dora de la columna al caminar; todo esto puede llevar a la aparición en fases avanzadas de lumbalgia secundaria a esta alteración de la estática normal de la columna, ya sea por la hiperlordosis o por la escoliosis compensadora del acortamiento de la pierna que se produce. Además, esta alteración crónica de la cadera puede causar atrofia del músculo cuádriceps y de los glúteos.

La tabla 1 recoge los criterios diagnósticos del ACR para la artrosis de cadera.

Rodilla. La rodilla también es una localización frecuente de afectación artrósica. Suele asociarse con la artrosis de mano y con la obesidad, principalmente en mujeres. El dolor generalmente es progresivo y de características mecánicas, y suele acompañarse de rigidez, limitación de la movilidad y crepitación y en alguna ocasión incluso de derrame articular; si hay algún cuerpo libre intraarticular podemos observar bloqueo. Es muy frecuente que el dolor se manifieste con la deambulación prolongada o al subir y bajar escaleras.

En una fase inicial se aprecia una pequeña limitación de la flexión extrema de la rodilla acompañada de leve crepitación para, en fases avanzadas, producir una gran limitación, crepitación casi permanente, desplazamiento rotuliano y deformidad². En ocasiones podemos apreciar también atrofia de la musculatura adyacente, como en el cuádriceps o inflamación de la pata de ganso (dolor en parte anterointerna de la epífisis tibial superior).

Según la afectación de los compartimientos de la rodilla tendremos una clínica u otra (fig. 1); si se afecta el compartimiento femorotibial, el dolor se presentará difuso en toda la rodilla o con predominancia en las caras laterales y parte posterior de la rodilla, mientras que si se afecta principalmente el compartimiento femoropatelar, el dolor

Tabla 1 Criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR) para la artrosis de cadera³

Criterios clínicos	Criterios clínicos y radiológicos
1. Dolor en cadera (durante la mayoría de los días del mes previo)	1. Dolor en cadera (durante la mayoría de los días del mes previo)
2. Rotación interna < 15°	2. VSG < 20 mm/h
3. Rotación interna ≥ 15°	3. Osteofitos en radiografía (acetábulo o fémur)
4. VSG ≤ 45 mm/h	4. Reducción del espacio articular radiológico
5. Flexión cadera ≤ 115°	
6. Rigidez matutina < 60 min	
7. Edad > 50 años	
<i>Coxartrosis si:</i>	<i>Coxartrosis si:</i>
1, 2, 4 o	1, 2, 3 o
1, 2, 5 o	1, 2, 4 o
1, 3, 6, 7	1, 3, 4
Sensibilidad 86%	Sensibilidad 89%
Especificidad 75%	Especificidad 91%

VSG: velocidad de sedimentación globular.

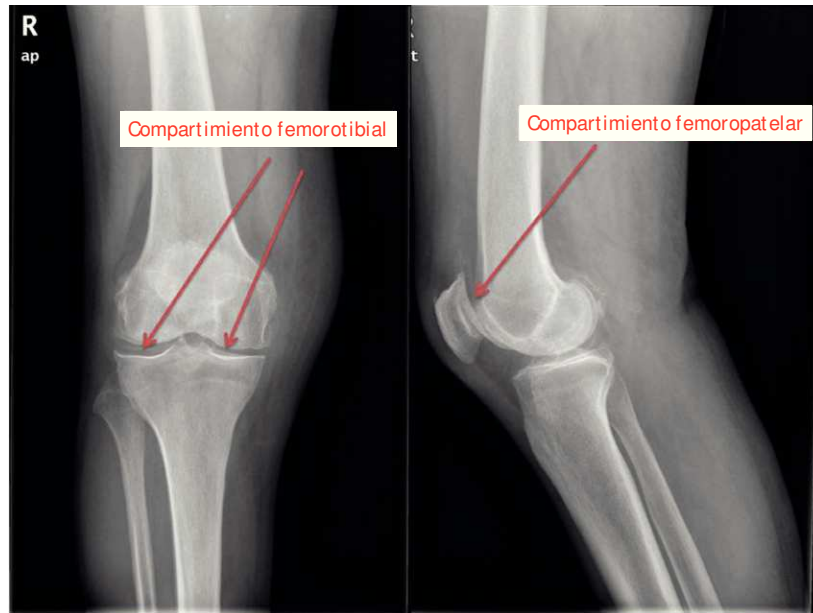


Figura 1. Compartimientos que pueden afectarse en la rodilla.

se localizará en la parte anterior y aparecerá fundamentalmente con movimientos que provoquen roce de la rótula con el fémur, como arrodillarse o subir escaleras.

La tabla 2 recoge los criterios diagnósticos del ACR para la artrosis de rodilla.

Manos. La artrosis localizada en las manos es relativamente frecuente; sin embargo, en los pies es más infrecuente y suele ser secundaria a otras causas como traumatismo, fracturas, sobreuso o alteración anatómica del pie, como el hallux valgus (fig. 2).

Tabla 2 Criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR) para la artrosis en la rodilla⁴

Criterios clínicos	Criterios clínicos y radiológicos
1. Dolor en rodilla (durante la mayoría de los días del mes previo)	1. Dolor en rodilla (durante la mayoría de los días del mes previo)
2. Crepitación con la movilización activa	2. Edad > 50 años
3. Rigidez menor de 30 min	3. Rigidez menor de 30 min
4. Edad > 50 años	4. Crepitación
5. Engrosamiento de estructuras óseas	5. Hipersensibilidad ósea
	6. Aumento óseo
	7. No aumento de temperatura local
	8. VSG < 40 mm/h
	9. Factor reumatoide < 1:40
	10. Signos de osteoartritis en líquido sinovial (claro, viscoso y recuento de células blancas < 2.000)
<i>Gonartrosis si:</i> 1, 2, 3, 4 o 1, 2, 5 o 1, 4, 5	<i>Gonartrosis si:</i> Cumple 1 más 5 de los otros Sensibilidad 92% Especificidad 75%

VSG: velocidad de sedimentación globular.

Figura 2. Hallux valgus en pie derecho.



Figura 3. Radiografía de la mano con la localización de las articulaciones más afectadas en la artrosis.

Las articulaciones más afectadas en la mano son las interfalángicas distales (IFD), seguidas de las interfalángicas proximales (IFP) y la trapeziometacarpiana (TMC) (fig. 3).

La afectación de las IFD es muy frecuente, fundamentalmente en las artrosis primarias, y su afectación progresiva suele terminar produciendo los nódulos de Heberden (fig. 4); estos suelen ser en su inicio únicos, para posteriormente hacerse múltiples, y son más frecuentes en el sexo femenino; en fases muy avanzadas pueden producir subluxación de la articulación y la consiguiente deformidad del dedo. No suelen producir mucho dolor, disminuyendo todavía más cuando se produce la deformidad. En ocasiones pueden encontrarse quistes gelatinosos periarticulares².

La afectación de las IFP suele coexistir con la de las IFD y con la TMC, aunque su comienzo suele ser más tardío, la clínica es similar a la de las IFD, pero en este caso produce los nódulos de Bouchard (fig. 4); en casos avanzados también produce subluxación de la articulación, lo que, junto con la de las IFD, da un aspecto serpenteado a los dedos, produciendo mucha deformidad pero poca limitación.

La articulación TMC, cuando se afecta se denomina rizartrosis y, aunque puede aparecer de manera independiente, generalmente se asocia a artrosis en otras localizaciones de la mano como las IFD e IFP y es más frecuente en mujeres. La clínica principal es la existencia de dolor localizado en la base del primer dedo y, aunque suele manifestarse inicialmente en un lado, la afectación generalmente es bilateral. También produce deformidad progresiva de la articulación. Debido a la importancia del primer dedo para la funcionalidad de la mano, “la pinza” es una de las artrosis que más limita la realización de actividades laborales o cotidianas.

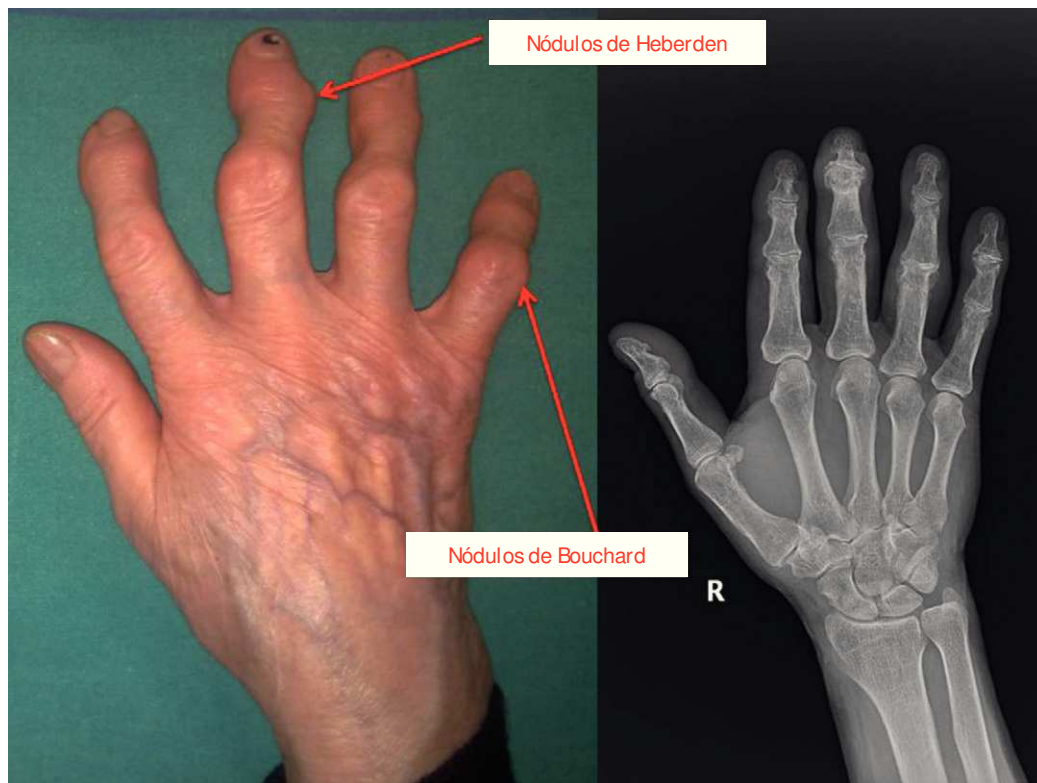


Figura 4. Mano y radiografía con artrosis donde se aprecian la deformidad y los nódulos.

Tabla 3 Criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR) para la artrosis en las manos⁵

1. Dolor en mano o rigidez en mano (durante la mayoría de los días del mes previo)
2. Ensanchamiento del tejido óseo de 2 o más de las 10 articulaciones seleccionadas*
3. Ensanchamiento del tejido óseo de 2 o más articulaciones interfalángicas distales
4. Menos de 3 articulaciones metacarpofalángicas inflamadas
5. Deformidad en al menos 1 de las 10 articulaciones seleccionadas*

Artrosis en la mano si:

Cumple 1 más 3 de los comprendidos del 2 al 5

Sensibilidad 94%

Especificidad 87%

*2.^a y 3.^a interfalángicas distales. 2.^a y 3.^a interfalángicas proximales y la articulación trapeciometacarpiana de ambas manos.

Otras articulaciones que pueden afectarse son las metacarpofalángicas (MCF), las trapecioescafoideas (si se presenta aislada debemos descartar condrocalcinosis) y las del resto del carpo (poco frecuentes y relacionadas con una causa secundaria casi siempre). Las MCF son raras, casi nunca primarias, siendo los casos más frecuentes los producidos por sobreuso de la mano, y afectan a la segunda y tercera articulaciones; es lo que ocurre, por ejemplo, en trabajadores del campo u operarios manuales con movimientos repetitivos.

La tabla 3 recoge los criterios diagnósticos del ACR para la artrosis de mano.

Pies. En el pie, la afectación es rara y generalmente secundaria, está relacionada con otras causas como un traumatismo, una fractura, una deformidad o alguna patología como la gota; el dolor se localiza en la zona dorsal y cabeza de los metatarsianos si se afectan las articulaciones tarsometatarsianas, en el dorso y parte interna del pie si se afectan las mediotarsianas, y en el talón y zona submaleolar con la afectación calcaneoastagalina². Cuando se altera la primera articulación metatarsifalángica y provoca inmovilización y dolor se denomina "hallux rigidus".

Columna. La artrosis de columna también es frecuente; suele afectar a las articulaciones interapofisarias y a los cuerpos vertebrales. Las vértebras con más movilidad son las que más se afectan, por eso las zonas más alteradas son las cervicales, dorsales bajas (C4-C7; D8) y las lumbares (L3-L4).

Los síntomas principales son el dolor y la rigidez, y en ocasiones también alteraciones sensitivas y de los reflejos osteotendinosos; la existencia de osteofitos puede producir pinzamiento de alguna raíz nerviosa o vaso y generar clínica radicular o vascular, siendo más frecuentes a nivel cervical (fig. 5); si la afectación es a la altura de C6-C7 se puede generar cervicobraquialgias; a nivel lumbar, por el estrechamiento del canal medular o pinzamiento de alguna raíz nerviosa, pueden aparecer lumbalgias con o sin irradiación

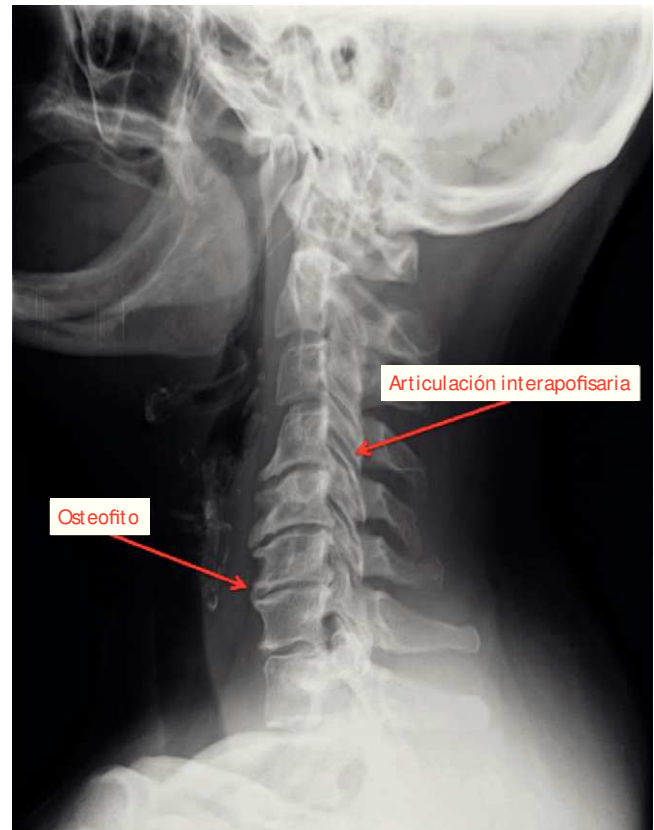


Figura 5. Radiografía de la columna cervical con artrosis.

por la extremidad inferior o mielopatías compresivas (L2-L3 es la zona fisiológicamente más estrecha); en ocasiones, la clínica referida es la de una claudicación neurógena con dolor y debilidad en la zona de los muslos y pantorrillas con la deambulación y la bipedestación, que se alivia transitoriamente al inclinarse hacia delante. Si a nivel cervical se comprimen las arterias podemos apreciar clínica de insuficiencia vertebrobasilar, por afectación de las arterias vertebrales, como puede ser mareos o problemas de visión. Si el osteofito es de localización anterior y es grande puede ocasionar también dificultad para tragar o tos.

Otras localizaciones menos frecuentes son el hombro, el codo y el tobillo, siendo generalmente de causa secundaria.

Hombro. En el hombro se asocia a microtraumatismos de repetición por sobreuso de la articulación, luxaciones o fracturas; los osteofitos suelen localizarse en el borde inferior de la cabeza del húmero.

Codo. La existencia de microtraumatismos de repetición de origen laboral (uso de martillos neumáticos, mineros) puede favorecer la aparición de artrosis en el codo, y si afecta al nervio cubital producir parestesias y dolor irradiado hasta la mano e incluso atrofia muscular.

Tobillo. En el tobillo, la artrosis también se relaciona con traumatismos de repetición, alteraciones ortopédicas, deformidades, fracturas u otras enfermedades inflamatorias.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McAlindon T, Formica M, Schmid CH, Fletcher J. Changes in barometric pressure and ambient temperature influence osteoarthritis pain. *Am J Med.* 2007;120:429.
2. Miguel Mendieta E. Artrosis. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y pronóstico. En: Blanco García F, editor. *Manual SER de las enfermedades reumáticas.* Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Editorial Panamericana; 2004.
3. Altman RD. Criteria for classification of clinical osteoarthritis. *J Rheumatology.* 1991;18 Suppl 27:10-2.
4. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.* 1986;29:1039-49.
5. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1601-10.