

17

Qué es?

La Artrosis de Rodilla

Qué es? La Artrosis de Rodilla

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el deterioro paulatino del cartílago de las articulaciones. Este deterioro conduce a la aparición de dolor con la actividad física, incapacidad variable para caminar y permanecer de pie, así como a deformidad progresiva de la rodilla.

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente. De hecho, a partir de los 50 años, prácticamente todo el mundo tiene manifestaciones radiológicas de esta enfermedad. Por fortuna, solamente una pequeña porción de las personas que tienen manifestaciones artrósicas en las radiografías, presentan síntomas de artrosis. Es muy importante distinguir entre las manifestaciones radiológicas artrósicas –prácticamente universales a partir de determinada edad–, de la artrosis como enfermedad que cursa con dolor, rigidez e incapacidad.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

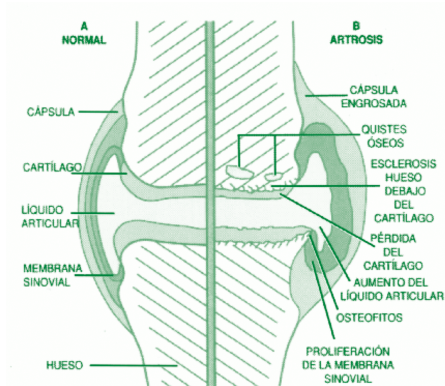


Figura 1A.

Figura 1B.

Hay una artrosis de rodilla de causa desconocida. La llamamos artrosis de rodilla primaria. La salud del cartílago articular depende de unas células que hay dentro de él, los condrocitos y del hueso en el que se apoya, el hueso subcondral (figura 1A).

Una alteración de los condrocitos y del hueso subcondral conduce a la pérdida de las propiedades de resistencia a la presión y elasticidad del cartílago, que se va deteriorando y adelgazando. La artrosis está relacionada con el envejecimiento, ya que es una enfermedad propia de la gente mayor de 50 años. Probablemente ciertos condicionantes genéticos aún no aclarados conducen a que algunas personas desarrollen, a partir de determinada edad, cambios degenerativos en el cartílago articular. Otras veces la artrosis de rodilla se produce como resultado de una lesión o anomalía previa de la articulación. Es lo que se conoce como artrosis de rodilla secundaria. Se observa tras lesiones de los meniscos, de los ligamentos o del hueso articular, tras fracturas óseas intraarticulares, en articulaciones que están siendo sometidas a un sobreesfuerzo importante (deportistas, obesos), o de personas con alteraciones en la longitud de los miembros inferiores o del alineamiento de la rodilla.

¿CUÁL ES EL SUSTRATO ANATÓMICO DE LA LESIÓN?

Una articulación es una estructura muy especial que permite a un hueso desplazarse sobre otro, con suavidad y sin dolor (figura 1A). Para que ésto ocurra, la naturaleza nos provee de un tejido muy especial que se llama el cartílago hialino. Todos lo hemos visto alguna vez: es esa capa brillante y lisa que rodea los extremos de los huesos de pollo o de cordero y que llamamos ternilla. Este tejido tiene la capacidad de aguantar grandes presiones sin aplastarse ni romperse. Es capaz de deslizarse sobre el cartílago hialino de la otra cara de la articulación con suavidad, sin arañarse ni agrietarse, así como sin desgastar ni lesionar el hueso al cual recubre.

El cartílago hialino es un tejido vivo. Dentro de él se encuentran unas células que se llaman condrocitos, los cuales continuamente están fabricando proteínas muy especiales, para mantener el cartílago sano y preservar sus propiedades biomecánicas: capacidad para soportar presión, elasticidad y suavidad.

A veces el cartílago hialino comienza a perder estas propiedades biomecánicas que le hacen tan útil. No se sabe dónde está el problema originario, si en los condrocitos o en el hueso sobre el que el cartílago hialino descansa, pero lo cierto es que el cartílago comienza a deteriorarse. Ya no aguanta la presión tan bien. Se va adelgazando, agrietando y rompiendo (figura 1B). Incluso a veces deja al descubierto el hueso sobre el que se encontraba. Ésto hace que la articulación ya no haga su juego como antes. Es como si hubiera entrado arena en un rodamiento. Lo que antes era suavidad y movimiento ahora es roce y rigidez. La rodilla está (figura 1A, figura 1B) desarrollando la artrosis.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

La artrosis de rodilla se manifiesta inicialmente con dolor tras estar mucho tiempo de pie o caminando. Duelen especialmente algunas actividades como subir y bajar escaleras, caminar por terrenos irregulares o levantarse de una silla. Conforme avanza la enfermedad, cada vez duele antes al comenzar a caminar o al estar de pie. Tras estar un rato sentado el paciente nota rigidez y dolor al intentar levantarse. Es como si las rodillas estuvieran agarrotadas y necesitaran calentarse para poder caminar de nuevo. Al poco rato desaparece la rigidez y el dolor inicial pero tras un período variable de estar caminando, reaparece el dolor. Si la persona que tiene artrosis de rodilla se para, el dolor poco a poco va cediendo.

A veces la rodilla se pone hinchada y caliente. Son los episodios de inflamación que de forma ocasional se observan, en la artrosis de rodilla. La membrana sinovial (figura 1A) produce líquido sinovial en exceso y por eso la rodilla aparece tumefacta. No es ésto lo mismo que la hinchazón general de piernas, tobillos y pies que aparece tras estar mucho tiempo de pie en personas que retienen líquidos. En la artrosis de rodilla lo que se hincha es la articulación, permaneciendo normal la pierna, tobillo y pie. En cambio, en la gente que retiene líquidos, es toda la pierna, de rodilla para abajo, la que se hincha.

Con el tiempo puede irse alterando la alineación de la rodilla, generalmente metiéndose hacia adentro las piernas. La rodilla se deforma por la reacción del hueso articular ante la artrosis, formando en los bordes de la articulación unas rebabas óseas que se llaman osteofitos (figura 1B).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La artrosis se diagnostica mediante la realización de una adecuada historia clínica –entrevista con el paciente–, una exploración de las articulaciones y la petición de radiografías.

Ocasionalmente es necesario extraer el líquido articular que se haya acumulado dentro de la rodilla para analizarlo, cerciorarse de que sus características son las que cabría esperar en la artrosis, y, sobre todo, descartar enfermedades articulares por cristales microscópicos, que pueden manifestarse clínicamente de forma muy parecida a la artrosis.

No hacen falta análisis especiales de laboratorio para diagnosticar la enfermedad aunque pueden ser necesarios algunos exámenes para descartar otros procesos que pueden simular una artrosis de rodilla y para asegurar que se pueden dar las medicinas con escaso riesgo para el organismo.

La artrosis no puede diagnosticarse exclusivamente mirando una radiografía, porque a partir de cierta edad todo el mundo tiene signos artrósicos en las radiografías. Sin una entrevista y exploración física adecuadas no será posible diagnosticar correctamente la enfermedad.

¿QUÉ INFLUYE EN EL PROCESO?

La obesidad y una mala función muscular determinan un empeoramiento de la artrosis de rodilla, que evoluciona más rápidamente y con más dolor.

Los requerimientos físicos intensos también aceleran la evolución de la artrosis. Correr y darse largas caminatas no es un buen ejercicio para la artrosis de rodillas, ya que acelera la destrucción articular. Las actividades físicas que conlleven carrera, marcha o salto pueden acelerar la destrucción del cartílago hialino.

Algunos pacientes refieren un empeoramiento de sus síntomas en las épocas de mal tiempo atmosférico, sin que se conozca la causa de la relación entre el estado meteorológico y las manifestaciones clínicas de la artrosis.

No existe ninguna dieta especial que mejore la artrosis de rodilla. Las únicas recomendaciones que se pueden hacer es controlar la ingesta de calorías para evitar el sobrepeso y seguir una dieta mediterránea variada.

¿CÓMO SE TRATA?

No hay tratamiento curativo para la artrosis de rodilla. Pero existen tratamientos muy útiles que van a permitir a la mayoría de los pacientes llevar una vida prácticamente normal o al menos aceptable. Los pacientes con artrosis de rodilla deben acostumbrarse a convivir con la enfermedad y adaptar su actividad a las manifestaciones de la misma.

MEDIDAS GENERALES

Debe evitarse permanecer mucho tiempo caminando o de pie. Es más conveniente dar varios paseos cortos que uno largo. Cuando aparece dolor se debe tomar un descanso hasta que las molestias se atenúen.

Si una pierna es más larga que la otra, suele ser útil la corrección mediante el uso de alzas adecuadas en el calzado.

Una de las medidas más eficaces es alcanzar el peso ideal. La obesidad es perjudicial para la salud y especialmente peligrosa para la evolución de la artrosis de rodillas, ya que éstas deben aguantar el peso del cuerpo.

El reposo es también muy útil para aliviar el dolor que aparece tras la actividad física.

AYUDAS A LA VIDA DIARIA

Se debe evitar subir y bajar escaleras. Deben buscarse las rampas y los ascensores, acomodando los itinerarios a la presencia de estos elementos para salvar desniveles.

En el caso de que una rodilla duela más que la otra, el uso de un bastón en el brazo contrario a la rodilla más dolorosa libera parcialmente de peso dicha rodilla durante la marcha y disminuye el dolor y la limitación.

TRATAMIENTO FÍSICO

Es muy recomendable mantener un buen tono muscular y un adecuado acondicionamiento físico. El uso de una bicicleta estática proporciona un excelente tono muscular sin sobrecargar la articulación. La natación es otra actividad física especialmente recomendable. Deben evitarse los deportes con carrera y salto.

La aplicación de calor seco local con una bolsa de agua caliente o con una manta eléctrica disminuye el dolor y es una medida doméstica muy útil y al alcance de todos para disminuir el dolor y la rigidez.

En ocasiones su reumatólogo puede decidir enviarle a una unidad de terapia física (Rehabilitación) para que, mediante ejercicios, movilizaciones y aparatos que generan calor dentro de la articulación, las rodillas mejoren en su función y en sus manifestaciones dolorosas.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS HABITUALES

Su reumatólogo le recomendará diferentes medicamentos que tienen la capacidad de reducir el dolor y la inflamación como son los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos. Es muy habitual tener que probar diferentes medicamentos analgésicos y antiinflamatorios hasta encontrar el que proporciona el mayor alivio a un paciente determinado. No piense que estos cambios significan que su médico no tiene claro cómo tratarle, porque en realidad le está diseñando el tratamiento farmacológico más eficaz para su caso concreto.

Recientemente se han obtenido datos que sugieren que el uso a largo plazo -varios años de tratamiento continuo- de un nuevo grupo grupo de medicamentos (que incluye el sulfato de glucosamina, el condroitín sulfato y la diacereína), puede enlentecer la progresión de la enfermedad tanto a nivel sintomático como la evolución del deterioro del cartílago hialino. Su reumatólogo conoce perfectamente estos productos y, si lo considera indicado en su caso, se los prescribirá. Es previsible la continua aparición de nuevos tratamientos dirigidos a frenar el deterioro del cartílago artrósico.

TRATAMIENTOS LOCALES

Algunos productos administrados dentro de la articulación mediante una infiltración producen un notable alivio sintomático. Estos productos son los corticoides y el ácido hialurónico. Su reumatólogo conoce mejor que nadie cuál es el momento adecuado para administrárselo durante el curso de la enfermedad. La utilización de corticoides (prednisona, cortisona, metilprednisolona, etc.) por vía oral, no está indicada en la artrosis de rodilla.

POSIBILIDADES QUIRÚRGICAS

A veces, a pesar de todas las medidas terapéuticas reseñadas en los párrafos anteriores, la artrosis de rodilla puede seguir un curso inexorable hacia la destrucción prácticamente completa del cartílago hialino. En estos casos diferentes técnicas quirúrgicas como las osteosíntesis o la implantación de prótesis articulares, restaura la capacidad funcional y reducen notablemente el dolor. De nuevo su reumatólogo es el profesional más capacitado para decidir cuándo utilizar estas herramientas quirúrgicas.

¿CÓMO EVOLUCIONA?

La evolución de la artrosis de rodilla es muy variable de paciente a paciente. En general se comporta como una enfermedad crónica, lentamente evolutiva, con temporadas de mayores molestias que dan paso a épocas buenas en las que prácticamente no existen molestias. En determinados casos, el deterioro del cartílago hialino es tan intenso que es necesaria la implantación de una prótesis articular.