



La artrosis y la artritis

forumclínic | Fundación BBVA · Hospital Clínic de Barcelona

GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN

Autores: R. Sanmartí, J. Cañete
Hospital Clínic de Barcelona

Fundación **BBVA**

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

La artrosis y la artritis

forumclínic | Fundación BBVA · Hospital Clínic de Barcelona

GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN

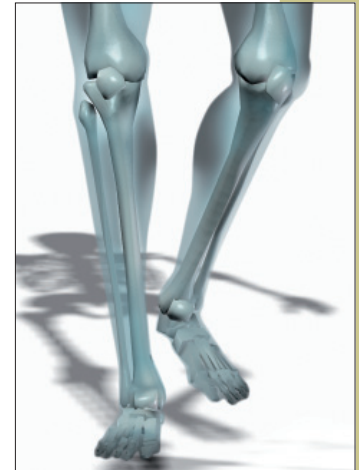
Autores: R. Sanmartí, J. Cañete
Hospital Clínic de Barcelona

La artrosis y la artritis

La artrosis es la enfermedad reumática más común; es consecuencia del **desgaste del cartílago articular** y es una de las principales causas de invalidez en nuestro medio. Artritis significa **inflamación de la articulación**. Hay diferentes tipos de artritis, que muchas veces son de evolución crónica y pueden acabar con una importante destrucción de la articulación.

Existen diversas estructuras que forman parte del denominado aparato locomotor o sistema músculo-esquelético: los huesos, los músculos, los tendones y las articulaciones. Su función es el soporte y el movimiento del cuerpo.

La articulación es la estructura del organismo donde se unen dos o más huesos. Está recubierta por la cápsula articular, que es un tejido fibroso y elástico cuya parte interna está tapizada por un tejido fino con pocas células denominado membrana sinovial.



Edita: Fundación BBVA
Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica

Autores: R. Sanmartí, J. Cañete
Hospital Clínic de Barcelona

Project manager: I. Grau Corral

Editor: J. Gené i Badia

Editora adjunta: E. Sánchez Freire

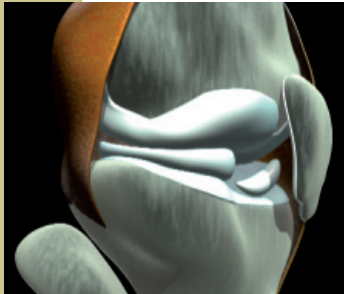
Diseño y maquetación: Área de Audiovisuales
Corporació Sanitària Clínic

Patrocinado por:

Fundación BBVA

Depósito legal: B.6283-2009

Esta membrana produce líquido sinovial y está en contacto por su parte interna con dicho líquido. La región de los huesos que está dentro de la cápsula articular está recubierta por cartílago y se la denomina hueso subcondral.



El líquido sinovial baña, depura y nutre el cartílago y tiene una función amortiguadora cuando la articulación está soportando peso.

Cuando la membrana sinovial se inflama, crece y produce más líquido sinovial que, al no poderse reabsorber, da lugar a la hinchazón articular.

¿Qué es la artrosis?

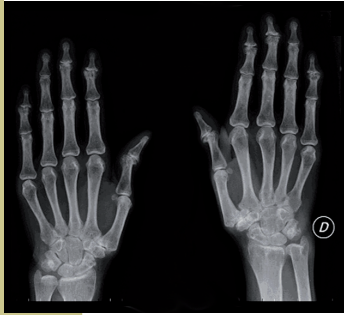
La artrosis es una enfermedad de las articulaciones. Se trata de la enfermedad reumática más frecuente. Se estima que hasta el 70% de la población mayor de 50 años tiene signos de artrosis en alguna parte del cuerpo: columna, rodillas, caderas, manos, etc., y hasta el 80% de las personas mayores de 75 años presentan alteraciones de artrosis en las radiografías, aunque no siempre produce molestias, y muchas de ellas no tienen síntomas.



Causas y mecanismos

La artrosis es la consecuencia de la pérdida o “desgaste” del cartílago que recubre los huesos en la articulación. Se trata de un trastorno crónico, progresivo, que puede ocasionar dolor, rigidez, deformidad articular y discapacidad.

No sabemos la causa de la artrosis, pero hay factores genéticos, metabólicos, nutricionales o demográficos que pueden favorecer su desarrollo.



Determinadas circunstancias, como traumatismos, obesidad, trastornos ortopédicos o la profesión pueden determinar la localización o la gravedad de la artrosis.

Por ejemplo, la artrosis de manos tiene un componente hereditario importante, pero determinadas profesiones que requieren un esfuerzo continuado con las manos pueden

aumentar su gravedad y producir deformación y discapacidad. En la artrosis de rodilla son importantes los trastornos ortopédicos previos y el sobrepeso.

La artrosis es la degradación del cartílago articular, que se produce en etapas: primero se vuelve frágil y quebradizo, después se adelgaza y por último desaparece y deja el hueso subcondral al descubierto.

A medida que el cartílago desaparece, el hueso se vuelve más denso, amplía su base de sustentación y crece por los extremos en forma de “pico de loro”, los llamados osteofitos visibles en las radiografías.

El cartílago ejerce una función primordial para redistribuir la carga de la articulación y amortiguar el roce óseo, por lo que su deterioro supone el mal funcionamiento de las articulaciones afectas.

La destrucción del cartílago también implica que las partículas desprendidas induzcan una inflamación sinovial, que provoca dolor, hinchazón e impotencia funcional, y acelera la destrucción de la articulación.

Síntomas

El dolor es el síntoma principal de la artrosis, mejora o incluso desaparece en reposo y empeora con el ejercicio o los movimientos. Se llama dolor de ritmo mecánico.

Aunque el dolor es el síntoma principal de la artrosis, existe una considerable proporción de personas con signos radiográficos de artrosis sin síntomas; esto sucede sobre todo en la artrosis de la columna vertebral.

En general, el dolor del paciente con artrosis es de características mecánicas, empeora a lo largo del día, mejora con el reposo, y se suele acompañar de rigidez articular de corta duración. En los casos evolucionados se puede observar deformidad de las articulaciones e incluso alteración en su alineación.

También suelen producirse episodios de hinchazón y presencia de líquido sinovial dentro de la articulación, que se denomina derrame articular. Esto es especialmente frecuente en la rodilla. El líquido articular de la artrosis tiene pocas células y es transparente y viscoso.

En casos avanzados se produce atrofia de los músculos adyacentes, que contribuirá a la inestabilidad de la articulación. En estas fases podemos ver diferentes grados de deformidad articular con una limitación de la movilidad de la articulación y una pérdida progresiva de su función.

Diagnóstico

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe sospecharse la presencia de artrosis en pacientes mayores de 40 años que refieren dolor crónico de tipo “mecánico” en las articulaciones frecuentemente afectadas por esta enfermedad, como rodillas, caderas, manos, región lumbar, cervical, etc. Algunas articulaciones como los tobillos o los hombros se afectan muy raramente por la artrosis.

La exploración física detectará la presencia de dolor al movilizar la articulación y en ocasiones cierto grado de tumefacción y derrame articular. En fases avanzadas, la articulación está deformada y presenta crepitaciones (ruidos articulares) cuando se moviliza.

DATOS DE LABORATORIO

La artrosis no produce alteraciones en los análisis de sangre. No obstante, en ocasiones, pueden ser de utilidad para excluir otros procesos reumáticos.

RADIOGRAFÍAS

La utilización de la radiografía es imprescindible para confirmar el diagnóstico. Los signos radiológicos de la artrosis son muy característicos: observamos crecimientos del hueso que sobresalen de la articulación llamados osteofitos, una disminución del espacio articular y un aumento de densidad llamado esclerosis del hueso adyacente.

Bases del tratamiento

La artrosis es una enfermedad crónica incurable, pero existen diferentes tipos de tratamiento eficaces para aliviar el dolor, la rigidez y mantener o mejorar la función de la articulación afectada.

EDUCACIÓN SANITARIA Y FISIOTERAPIA

La medida inicial para tratar la artrosis es intentar corregir aquellos factores de riesgo modificables que pueden acelerar el proceso.

Es importante evitar el sobrepeso en el caso de padecer artrosis en articulaciones de carga (rodilla, cadera, región lumbar, etc.).

Deberían evitarse los movimientos repetitivos y el uso excesivo de las articulaciones comprometidas.

Es importante también seguir unas normas de higiene postural, como por ejemplo adecuar la silla en el lugar de trabajo para preservar la anatomía de la región lumbar o evitar estar mucho tiempo de pie si hay artrosis en los miembros inferiores.

El ejercicio físico debe individualizarse para cada paciente y debe ser efectuado de manera regular, sin olvidarlo en las fases de mejoría de los síntomas; también debe adecuarse a la naturaleza y a la localización de la artrosis.

La natación es, por ejemplo, un buen deporte para pacientes con artrosis lumbar, de cadera o de rodilla. Una buena terapia física puede producir mejoría importante del dolor y de la rigidez articular.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No existen medicamentos que curen la artrosis, pero disponemos de diversos fármacos que son útiles para controlar el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes con artrosis. Entre ellos se incluirían:

- **Analgésicos:** son los medicamentos más empleados. Producen una mejoría del dolor y de la rigidez de la articulación. Suelen utilizarse analgésicos como el paracetamol.
- **Antiinflamatorios:** muchos de estos pacientes no tienen suficiente con los analgésicos y deben ser tratados con los llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el diclofenaco, el naproxeno, el ibuprofeno, el aceclofenaco, los coxibs, etc.



Estos fármacos son muy útiles, pero pueden tener efectos adversos, sobre todo a nivel gastrointestinal: gastritis, úlceras, hemorragias. Existen pacientes más predispuestos a las complicaciones digestivas: ancianos, con antecedentes de úlcera de

estómago, con tratamiento simultáneo con cortisona o anticoagulantes, etc.

Deben realizar una protección gástrica con fármacos las personas mayores de 60 años, las que ya han padecido una úlcera previa, las que toman dosis muy elevadas, las que presentan enfermedades crónicas graves y las que toman simultáneamente anticoagulantes y/o corticoides y/o antiagregantes plaquetarios.

En los casos que no responden a analgésicos o a antiinflamatorios no esteroideos, pueden utilizarse analgésicos más potentes como los distintos derivados mórficos.

- **Condroprotectores:** en los últimos años se han comercializado unos fármacos llamados condroprotectores, que son sustancias constituyentes del cartilago articular y que han demostrado que pueden mejorar el dolor de la artrosis.

Dentro de este grupo estarían la glucosamina y el condroitinsulfato. Otros fármacos como la diaceína tendrían una eficacia similar.

Algunos estudios sugieren que su administración a largo plazo enlentece la progresión del daño en el cartilago, aunque faltan estudios definitivos para confirmar este supuesto papel de protector del cartilago. Son medicamentos con escasos efectos secundarios.

- **Terapia intraarticular:** muchos pacientes pueden beneficiarse de la administración dentro de la articulación de sustancias analgésicas o antiinflamatorias, se llama terapia intraarticular o infiltraciones. Aunque esto puede realizarse en cualquier articulación, es en la rodilla donde esta alternativa se realiza con mayor frecuencia.

En la mayoría de ocasiones se infiltran glucocorticoides, derivados de la cortisona, y más recientemente se está utilizando también el ácido hialurónico.



Las infiltraciones con corticoides pueden ser muy eficaces en las fases de agudización del dolor. En manos expertas, las infiltraciones no suelen tener efectos secundarios.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se realiza en los casos en que han fracasado las llamadas medidas conservadoras: medicamentos, ejercicios, fisioterapia, etc. Existen diversos tipos de procedimientos quirúrgicos, pero el más amplia-



mente realizado en la artrosis es la implantación de una prótesis, que consiste en la sustitución de la articulación afectada por una articulación artificial.

La mayoría de prótesis se colocan en la cadera o la rodilla, aunque en estos últimos años la cirugía de prótesis en otras articulaciones (tobillo, hombro, muñeca, etc.) ha avanzado notablemente.

Los componentes protésicos están compuestos por un elemento metálico (aleaciones de cobalto, cromo, titanio, etc.) que encaja exactamente en un plástico (polietileno).



En general los resultados de las prótesis de rodilla y cadera suelen ser excelentes, con mejoría o desaparición del dolor y la recuperación de la movilidad del enfermo. No obstante, pueden existir complicaciones como sufrir una infección, una luxación, etc. en un pequeño porcentaje de casos, generalmente inferior al 5%.

Es importante la práctica de ejercicios adecuados y una buena fisioterapia en los meses posteriores a la intervención. La duración de la prótesis de cadera y de rodilla es muy variable, pero puede durar más de 15 o 20 años.

Evolución y pronóstico

La artrosis es una enfermedad crónica, con una evolución y un curso variables.

En función de su localización encontramos:

ARTROSIS DE MANOS

En la artrosis de manos, algunos pacientes presentan deformidad de las pequeñas articulaciones de las manos, prácticamente sin notar dolor, mientras que otros presentan un dolor importante en las fases iniciales del proceso, para ir desapareciendo a medida que aparece la deformidad articular. La localización más invalidante es la artrosis de la base del primer dedo (rizartrosis del pulgar), ya que dificulta la realización de movimientos de prensión de la mano.

ARTROSIS DE ARTICULACIONES DE CARGA

En la artrosis de articulaciones de carga como la rodilla o la cadera el curso es casi siempre progresivo, aunque puede ser lento (varios años) en algunos pacientes.

ARTROSIS DE COLUMNA VERTEBRAL

El curso de la artrosis de columna vertebral (llamada espondilosis o espondiloartrosis) es más impredecible; algunos pacientes tienen una evolución crónica y progresiva, mientras que otros siguen un curso intermitente con periodos de exacerbación o remisión de los síntomas.

¿Qué es la artritis?

La artritis es la inflamación de la articulación y puede ser un síntoma más o el síntoma principal de distintas enfermedades. Entre las artritis crónicas, las más frecuentes son la artritis reumatoide y las espondiloartritis, que afectan entre ambas alrededor del 2% de la población general.

Las espondiloartritis son un conjunto de enfermedades que comparten características clínicas y genéticas. Dentro de este grupo se incluyen:

- **La espondilitis anquilosante**, que es la más frecuente. Se inicia en personas jóvenes de entre 20 y 30 años.
- **La artritis psoriásica**: la psoriasis es una enfermedad de la piel que afecta al 2% de la población. Entre un 10 y un 30% de pacientes con psoriasis tienen también artritis, la llamada artritis psoriásica. Puede afectar a cualquier edad y es igual de frecuente en hombres que en mujeres.
- **Artritis asociada a las enfermedades inflamatorias intestinales** (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
- **Espondiloartritis juveniles.**
- **Espondiloartritis indiferenciadas.**
- **Artritis reactiva.**

Causas y mecanismos

Artritis significa **inflamación de la articulación**. En la artritis la membrana sinovial aumenta de tamaño y forma vellosidades, que son prolongaciones en forma de dedo, con un color rojizo por la gran cantidad de vasos que contienen.

Todas las formas de artritis son el resultado de un proceso inflamatorio de la membrana sinovial, que se caracteriza por **dolor, hinchazón, calor y diferentes grados de enrojecimiento de la piel** que está sobre la articulación.

Si la inflamación persiste se tratará de una artritis crónica, que suele implicar la invasión por la membrana sinovial del hueso subcondral y del cartilago. Esto produce la destrucción articular, con el consiguiente dolor, deformación, rigidez y pérdida de la función articular.

Las formas de artritis crónicas más frecuentes y con un mayor impacto social son de causa desconocida, como la artritis reumatoide y las espondiloartritis.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide afecta en nuestro país a una de cada 200 personas de cualquier edad, aunque predomina entre los 35-55 años y es tres veces más frecuente en las mujeres.

No conocemos su causa, pero se cree que resulta de la combinación de diversos factores hereditarios (intervienen varios genes) y ambientales (infecciones víricas, tóxicos, etc.).

La enfermedad es el resultado de una alteración en la respuesta del sistema inmune, el sistema de defensa del organismo, que provoca una inflamación en la membrana sinovial, su crecimiento excesivo y la invasión de las estructuras articulares adyacentes (cartilago, hueso, tendones, etc.) y produce la destrucción y la deformidad de las articulaciones.

También se ha demostrado que las pequeñas proteínas que actúan como mensajeros entre células pueden activar una serie de sustancias que promueven la inflamación y la destrucción articular; se llaman citocinas proinflamatorias.

ESPONDILOARTRITIS

En las espondiloartritis la destrucción articular es menos frecuente que en la artritis reumatoide y es característico que se inflamen las zonas de inserción de los tendones y la cápsula al hueso, las llamadas entesis.

Además suele existir una fuerte predisposición genética, que viene determinada por la alta frecuencia de un gen denominado HLA-B27.

Síntomas

El dolor es el síntoma principal de la artritis. Sigue un ritmo que denominamos inflamatorio: no mejora o incluso empeora en reposo.

Las principales manifestaciones de la artritis son dolor e hinchazón articular, con la consiguiente pérdida de la función de las articulaciones afectadas.



ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide afecta a múltiples articulaciones tanto del lado derecho como del lado izquierdo del cuerpo, y puede afectar a cualquier articulación del organismo, a esto se le llama poliartritis simétrica. Sin embargo, en la columna vertebral sólo se suele afectar la región cervical.

Un subgrupo variable de pacientes puede tener manifestaciones en lugares diferentes a las articulaciones, como los llamados nódulos reumatoides, que son tumoraciones en la piel, o la inflamación de las glándulas productoras de fluidos externos (lágrimas, saliva, etc.), que provocan sequedad ocular y bucal, el llamado síndrome seco o de Sjögren.

El paciente con artritis reumatoide se queja inicialmente de dolor en diversas articulaciones del cuerpo, especialmente en las pequeñas articulaciones de las

manos y las muñecas, donde se pueden observar los signos inflamatorios cuando exploramos al paciente: dolor en reposo, hinchazón y calor.

Es muy característica la presencia de rigidez articular (dificultad para realizar los movimientos fáciles) de larga duración por la mañana.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

La espondilitis anquilosante afecta sobre todo a las articulaciones de la pelvis, especialmente a las sacroilíacas, y a la columna vertebral, lo que provoca diferentes grados de fusión de las articulaciones. Es más frecuente en los hombres.

El paciente se queja de dolor en la espalda, sobre todo por la noche, que le despierta y le obliga a realizar cambios de postura o incluso a levantarse a las pocas horas de conciliar el sueño.

Suele acompañarse también de rigidez de la columna a la hora de levantarse. Pueden presentar, también, hinchazón en una o más articulaciones de los miembros inferiores o superiores y en las entesis (zonas de inserción de los tendones en el hueso) y es característica la afectación del talón (tendón de Aquiles).

ARTRITIS PSORIÁSICA

La artritis psoriásica suele aparecer después de que el paciente ha sido diagnosticado de psoriasis cutánea, aunque hasta en un 15% de casos la artritis precede a la aparición de las lesiones en la piel.

Puede manifestarse de diversas maneras, desde una forma similar a la espondilitis anquilosante a otra

que se asemeja a la artritis reumatoide, pasando por formas con afectación de pocas articulaciones.

Evoluciona de forma crónica con periodos de activación y de remisión frecuentes. No existe relación entre la magnitud de las lesiones en la piel y la gravedad de la artritis.

Diagnóstico

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

La historia clínica recoge los antecedentes familiares, las enfermedades previas o las coexistentes, así como todos los aspectos relacionados con el inicio y el curso de la artritis, su localización y evolución y su respuesta a los tratamientos recibidos.

Son importantes los síntomas acompañantes: fiebre, lesiones cutáneas, úlceras orales, diarreas, y el patrón de afectación articular (una o múltiples articulaciones).

DATOS DE LABORATORIO

Hay pocas pruebas de laboratorio específicas. Los **análisis sanguíneos** en los pacientes en que sospechamos artritis reumatoide nos permiten comprobar si el paciente tiene sustancias en la sangre que sólo están presentes en algunos tipos de artritis. Son los llamados marcadores de la enfermedad, como el factor reumatoide o los anticuerpos antiproteínas citrulinadas, que suelen observarse en dos de cada

tres pacientes con artritis reumatoide. También nos informan del grado de actividad de la enfermedad. Son sustancias que encontramos elevadas en la sangre y que indican que la enfermedad está activa. Se llaman reactantes de fase aguda, como la proteína-C-reactiva y la velocidad de sedimentación globular.

En la espondilitis anquilosante, más del 90% de pacientes tienen el gen HLA-B27, que puede determinarse fácilmente en las pruebas de laboratorio.

En la artritis psoriásica no existen pruebas específicas de laboratorio.

RADIOGRAFÍAS

Las radiografías pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico de artritis.

Las radiografías en las fases iniciales de la artritis reumatoide sólo reflejan la hinchazón articular, es decir, un aumento de los tejidos blandos que rodean el hueso. Pero en casos más evolucionados pueden observarse las características erosiones óseas, algo parecido a una mordedura en el hueso contiguo a la articulación.

En la espondilitis anquilosante prácticamente se afectan siempre las articulaciones sacroilíacas, que son fácilmente visibles en las radiografías.

Las radiografías sirven también para conocer la evolución de la enfermedad y la respuesta a los distintos tratamientos, por lo que se pueden repetir periódicamente para conocer si se produce o no un deterioro de la articulación o articulaciones afectadas.

Bases del tratamiento

EDUCACIÓN SANITARIA Y FISIOTERAPIA

Es indispensable educar al paciente sobre las características de su enfermedad y evitar hábitos y posturas nocivas que puedan incrementar la deformidad articular.

Es importante tener hábitos saludables de vida, como practicar ejercicio de forma moderada y evitar el consumo de tabaco. No se ha demostrado que ningún tipo de dieta influya negativa o positivamente en esta enfermedad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Es el pilar fundamental del tratamiento. Existen diferentes familias de medicamentos que son eficaces en esta enfermedad.

- **Analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos:** producen mejoría de los síntomas pero no alteran el curso natural de la enfermedad. Son especialmente eficaces para tratar el dolor y la rigidez de la columna de pacientes con espondilitis anquilosante.
- **Corticoides:** los corticoides han sido ampliamente utilizados en la artritis reumatoide desde su descubrimiento hace más de 50 años.

Deben utilizarse el menor tiempo posible y a las mínimas dosis. En ocasiones se utilizan a dosis más elevadas durante unos días o semanas en caso de brote de la enfermedad o en espera de que actúen

los otros fármacos antirreumáticos que se estén administrando.

Cuando la enfermedad está bien controlada deben intentar retirarse progresivamente hasta suspenderlos. Pueden ocasionar efectos secundarios como edemas, osteoporosis, cataratas, diabetes, etc., sobre todo si se utilizan durante periodos prolongados y a dosis altas.

- **Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad:** deben su nombre a que no sólo mejoran los síntomas de la artritis sino a que frenan la enfermedad y enlentecen la destrucción de las articulaciones.

Actúan interfiriendo la producción de sustancias o determinadas funciones de células que están implicadas en la inflamación sinovial, aunque el mecanismo de acción exacto de muchos de estos fármacos no se conoce completamente.

Pertenecen a este grupo de medicamentos el metotrexato (Metotrexato, Metoject), la sulfasalazina (Salazopirina), la leflunomida (Arava), la ciclosporina (Sandimmun), la cloroquina (Resochin), la hidroxicloroquina (Dolquine) y las sales de oro (Miocrin).

Todos ellos se utilizan en la artritis reumatoide. En la artritis psoriásica suelen emplearse los cuatro primeros y en la espondilitis anquilosante, básicamente la sulfasalazina. En la artritis reumatoide y en la artritis psoriásica el más utilizado es el metotrexato por su buen perfil de eficacia y seguridad.

Todos los fármacos antirreumáticos deben utilizarse de forma prolongada y bajo control médico,

siempre bajo la supervisión del reumatólogo. Al contrario de lo que la gente cree, suelen ser muy bien tolerados.

Pueden producir algunos efectos secundarios como inflamación del hígado, erupciones cutáneas, molestias digestivas, y más raramente toxicidad hematológica o pulmonar u otros efectos más graves.

- **Terapia biológica:** son fármacos diseñados a través de técnicas complejas de biología molecular destinados a bloquear de forma específica la acción de sustancias que tienen un papel fundamental en la presencia y la perpetuación de la inflamación de la membrana sinovial.

Los que han resultado más eficaces y están hoy en día ya comercializados para el tratamiento de la artritis reumatoide son los que van dirigidos contra una proteína, que se denomina TNF-alfa.

Existen tres medicamentos contra la TNF-alfa; son el infliximab (Remicade), el etanercept (Enbrel) y el adalimumab (Humira).

Los tres han demostrado ser muy eficaces y se reservan para aquellos pacientes con artritis reumatoide que no han respondido a los fármacos antirreumáticos como el metotrexato.

Tienen además un efecto muy notable sobre la destrucción de las articulaciones, y evitan su progresión. Son fármacos bastantes seguros, aunque pueden tener efectos adversos como una mayor predisposición a padecer infecciones o reacciones alérgicas.

Más recientemente dos nuevos fármacos biológicos se han incorporado al arsenal terapéutico de la artritis reumatoide: el rituximab (MabThera), que actúa sobre los linfocitos B, y el abatacept (Orencia), que altera la función de los linfocitos T.

Los tres fármacos anti-TNF-alfa han demostrado también su efectividad en la artritis psoriásica y en la espondilitis anquilosante.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando la destrucción articular está muy evolucionada y provoca dolor e incapacidad, se puede realizar una sustitución articular con prótesis (rodilla, cadera).

En las articulaciones de la mano/muñeca o en las del pie puede ser necesario la práctica de una fusión articular, que consiste en unir uno o más huesos vecinos con el objetivo de que no se movilizan, se llama artrodesis. También puede ser necesaria la extirpación del tejido sinovial inflamado o sinovectomía.

En otras ocasiones puede ser efectiva una artroscopia con lavado articular con suero fisiológico (que arrastra células y partículas irritantes para la articulación).

Evolución y pronóstico

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide tiene un curso variable, pero siempre con persistencia de la inflamación articular si no se trata adecuadamente o se abandona el tratamiento. Su pronóstico depende en gran medida de si se ha realizado un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad. Cabe considerarla como una enfermedad crónica que provoca a largo plazo diferentes grados de incapacidad como consecuencia de las deformidades articulares.

ARTRITIS PSORIÁSICA

La artritis psoriásica suele ser menos incapacitante que la artritis reumatoide, pero hay un pequeño porcentaje de pacientes que pueden tener una enfermedad muy grave llamada artritis mutilante.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

La espondilitis anquilosante puede llegar a ser invalidante, con evolución a una gran deformidad vertebral hasta en el 10% de casos. En muchos pacientes tiene un curso intermitente y poco progresivo.

El pronóstico de estas enfermedades ha mejorado sensiblemente con la introducción de las nuevas terapias biológicas y con el diagnóstico precoz.

Preguntas frecuentes

¿Es la artrosis una enfermedad de personas mayores?

No exclusivamente, pero su frecuencia se va incrementando a medida que aumenta la edad de la población. Es raro ver a un paciente con artrosis antes de los 40 años de edad.

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente: se considera que hasta el 70% de la población mayor de 50 años tiene signos de artrosis en las radiografías en alguna localización, aunque no siempre produzca síntomas.

¿Cuándo he de pensar que quizás necesito una prótesis de cadera o de rodilla?

Cuando con el llamado tratamiento conservador (los medicamentos, la práctica de ejercicio, etc.) no logro tener el dolor controlado o me produce un grado de incapacidad que altera mi vida social o laboral; en definitiva, mi calidad de vida. Esto suele ocurrir cuando la artrosis está ya muy avanzada y ha ocasionado un grado importante de limitación y deformidad de la articulación.

¿Si mis padres tuvieron artrosis, también la voy a tener yo?

No necesariamente, aunque es cierto que algunas formas de artrosis tienen un marcado componente hereditario, como por ejemplo la artrosis de manos (nódulos de Heberden o Bouchard).

¿Se puede curar la artritis reumatoide?

La artritis reumatoide es una enfermedad incurable en el sentido estricto, pero tiene hoy en día un tratamiento muy efectivo. Para que esta eficacia sea máxima es muy importante realizar un diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento lo antes posible, antes de que se haya producido la destrucción articular, que es irreversible. Si un paciente abandona el tratamiento, la enfermedad se reactiva prácticamente siempre, por lo que el tratamiento debe realizarse de por vida.

Se utiliza todavía la cortisona para la artrosis o la artritis. ¿Es peligrosa?

Los medicamentos derivados de la cortisona pueden ser útiles en fases de exacerbación de la artritis o en ciertas complicaciones. Pueden utilizarse por vía oral (sistémica) en el caso de la artritis o por vía local (infiltraciones dentro de la articulación) tanto en la artritis como en la artrosis.

Debe evitarse darse a dosis elevadas durante mucho tiempo. Las infiltraciones articulares de cortisona suelen ser muy eficaces, aunque en ocasiones su efecto es temporal.

¿Cuál es el avance más importante en el tratamiento de la artritis?

Sin duda los llamados medicamentos biológicos. Son fármacos diseñados por técnicas complejas de biología molecular y fruto de los nuevos conocimientos que se han ido adquiriendo esta última década en los mecanismos implicados en la inflamación y la destrucción articular.

¿Es malo tomar antirreumáticos continuamente?

Todos los medicamentos tienen efectos secundarios y generalmente con el uso prolongado estos efectos suelen ser más frecuentes. Por tanto, y en función de las distintas enfermedades reumáticas, deben tomarse con las dosis adecuadas y bajo control médico.

En la mayoría de casos de artritis crónicas, el paciente deberá tomar antirreumáticos de forma prolongada, o sea, durante muchos años, y no suelen tener efectos secundarios importantes.

En general los medicamentos para aliviar los síntomas (analgésicos, AINE, cortisona) pueden abandonarse si la artritis está controlada. Esto suele conseguirse con los fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad o los fármacos biológicos; dichos fármacos deben tomarse continuamente en la gran mayoría de casos, pues, si se dejan, la artritis casi siempre reaparece.

¿Los antiinflamatorios no esteroideos pueden producir problemas de corazón o circulación?

Pueden hacerlo en algunos casos, por ejemplo empeorando el control de la hipertensión en algunos pacientes. En estudios recientes se ha relacionado el consumo de antiinflamatorios no esteroideos con una mayor proporción de problemas cardiacos como el infarto de miocardio. No obstante, esta situación es muy poco frecuente, aunque obliga a usarlos de forma muy controlada en pacientes con antecedentes cardiacos.

Diferencias entre la artritis reumatoide y la artrosis

	ARTRITIS REUMATOIDE	ARTROSIS
Frecuencia	0,5% de la población	20-25% 50% (> 65 años)
Lesión	Membrana sinovial	Cartilago
Localización más frecuente	Manos, pies, rodillas, caderas	Columna lumbar, cervical, manos, rodillas, caderas
Características del dolor	Inflamatorio (no mejoría en reposo)	Mecánico (empeora con el ejercicio)
Edad	Cualquier edad	> 40 años
Radiografías	Erosiones	Osteofitos
Medicamentos	Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (metotrexato, leflunomida, sales de oro, etc.)	Analgésicos, antiinflamatorios

Glosario

Artritis: del griego *arthros* (articulación) e *itis* (inflamación). En general, es sinónimo de sinovitis (inflamación del tejido que recubre la parte interna de la cápsula articular, denominado membrana sinovial).

Artrosis: desgaste de las articulaciones. La enfermedad degenerativa articular y la osteoartritis (término anglosajón que define la artrosis) son sinónimos.

Artritis psoriásica: forma de artritis que acompaña a pacientes afectados de psoriasis cutánea.

Artritis reumatoide: tipo de artritis crónica que afecta a múltiples articulaciones, con tendencia a su destrucción articular; su causa es desconocida y está producida por una alteración del sistema inmunológico. Es la forma de artritis crónica más frecuente.

Cartilago articular: también denominado cartilago hialino, es la estructura anatómica que recubre las superficies óseas de las articulaciones y donde se inician las lesiones artrósicas.

Citocinas: pequeñas proteínas que actúan como mensajeros entre distintas células regulando los procesos biológicos más importantes, como la inflamación y la inmunidad. En la artritis reumatoide se caracteriza por tener elevadas muchas citocinas proinflamatorias, como la TNF IL-1 y otras.

Condroprotectores: fármacos utilizados en la artrosis con el propósito de proteger el cartilago de las articulaciones y evitar su desgaste.

Enfermedad reumática: cualquier proceso médico que afecta a huesos, articulaciones y músculos. Existen más de doscientas enfermedades distintas.

Entesitis (o entesopatía): inflamación de la entesis o zona de inserción de tendón en el hueso. Su afectación es muy frecuente en las espondiloartritis.

Espondiloartritis: término que engloba un conjunto de enfermedades reumáticas inflamatorias que comparten distintas características y que son diferentes de la artritis reumatoide. Entre ellas se incluyen la espondilitis anquilosante y la artritis psoriásica.

Espondilitis anquilosante: del griego “spondylos” (vértebra) y “ankylos” (rigidez). Enfermedad reumática caracterizada por la inflamación de unas articulaciones de la pelvis, denominadas sacroilíacas, y la columna vertebral. Afecta a personas jóvenes y existe un marcado componente hereditario.

(FAMES): fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad y medicamentos que detienen el proceso inflamatorio de la artritis reumatoide y otros tipos de artritis, y evitan la progresión de la enfermedad. El más utilizado es el metotrexato.

Fármacos biológicos: medicamentos obtenidos mediante técnicas de biología molecular que han demostrado una gran eficacia en el control de distintos tipos de artritis, al evitar la destrucción articular. Los más conocidos son los que bloquean la acción de una citocina o proteína denominada TNF-alfa (antagonistas del TNF).

Sinovitis: significa inflamación de la membrana sinovial, una estructura que recubre la parte interna de la cápsula articular. Puede considerarse sinónimo de artritis. Es la zona anatómica inicialmente afectada en los distintos tipos de artritis.

Prótesis articular: también denominada artroplastia; es la sustitución por material sintético de una articulación, cuando la artritis o la artrosis ha provocado una destrucción manifiesta. Las prótesis más empleadas son las de cadera y rodilla.

Terapia diológica: son fármacos (proteínas) diseñados por ingeniería genética y producidos por cultivos celulares que bloquean específicamente células y citoquinas implicadas en la artritis.

Índice

1. La artrosis y la artritis.....	5
2. ¿Qué es la artrosis?.....	7
Causas y mecanismos	7
Síntomas	9
Diagnóstico	10
Bases del tratamiento	11
Evolución y pronóstico.....	25
3. ¿Qué es la artritis?	16
Causas y mecanismos	17
Síntomas	19
Diagnóstico	21
Bases del tratamiento	23
Evolución y pronóstico.....	27
4. Preguntas frecuentes	28
5. Glosario.....	32

forumclínic es una iniciativa realizada por **profesionales e instituciones sanitarias** con el objetivo de proporcionar información útil a los pacientes.

Presentamos una **guía práctica**, accesible al paciente y su familia, para mejorar su conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento.

Un conocimiento más profundo de la enfermedad facilita la **participación activa de los pacientes**, junto con el equipo de salud que los atiende, en la toma de decisiones referidas a su tratamiento.

Editado por:

Fundación **BBVA**

FUNDACIÓ
CLÍNIC
BARCELONA

Hospital Clínic de Barcelona

C/ Villarroel, 170 - 08036 Barcelona

Tel.: 93 227 54 00 · Fax: 93 227 54 54 · www.forumclinic.org