

La artrosis es:

- la enfermedad articular más frecuente;
- la principal fuente de dificultades de desplazamiento (discapacidad locomotora);
- una enfermedad que no se limita a la afección del cartílago, sino que se extiende a todos los componentes de la articulación (sinovial y hueso).

Una frecuencia que aumenta con la edad



Sin embargo, esta frecuencia no es la misma según la definición (anatómica, radiológica o sintomática) que se da a la enfermedad.

Más sencillamente, la radiología identifica la mitad de las lesiones anatómicas (las lesiones visibles en la autopsia) y solo la mitad de las lesiones desencadenan síntomas. Así pues, solo el 25% de las lesiones de artrosis son dolorosas e incitan al paciente a consultar.

Ejemplo: la artrosis de la columna vertebral es la más frecuente en el tramo de edad de 65-75 años, pero se manifiesta muy pocas veces con dolores.

Esta frecuencia varía según la localización.

Ejemplo: en el tramo de edad de 65-75 años, la frecuencia de la artrosis radiológica es del 75% para la columna vertebral, del 60% para los dedos, del 30% para la rodilla y del 10% para la cadera.

Esta frecuencia varía según el sexo. Es más elevada en la mujer después de los 50 años.

Factores de riesgo dominados por el sobrepeso y los traumatismos

El exceso ponderal es el principal factor de riesgo de artrosis. Este factor de riesgo no se limita a las articulaciones que soportan el peso del cuerpo (rodilla, cadera), sino que también existe para las articulaciones que no son de apoyo, como las de los dedos.

Los traumatismos (y microtraumatismos) ligados a la actividad deportiva profesional están en causa en un gran número de artrosis (véase el recuadro).

Los demás factores de riesgo (edad, sexo, factor hereditario) se caracterizan por no poder modificarse. Por lo tanto, no pueden ser objeto de medidas preventivas.

Dos síntomas y tres imágenes radiológicas

La artrosis se manifiesta con dolores y por una rigidez articular que son responsables de una discapacidad más o menos severa.

El diagnóstico de artrosis indicado por estos 2 síntomas queda confirmado con la radiografía cuando esta muestra:

- una disminución del espacio que separa las 2 superficies articulares (pinzamiento de la interlínea);
- «agujeros» en la parte del hueso situada bajo el cartílago (geodas);
- excrecencias óseas en la unión del hueso y el cartílago (osteofitos).



Una evolución imprevisible

La evolución puede ser rápida, justificando la colocación de una prótesis en un plazo breve. Al contrario, puede ser lenta, sin provocar una discapacidad durante 10 o 20 años.

La evolución se ve marcada por brotes dolorosos agudos que requieren el reposo de la articulación y un tratamiento antiinflamatorio precoz para evitar la agravación brusca de las lesiones artrósicas.

Una actuación en 4 puntos

Las recomendaciones de economía articular forman parte de la rehabilitación terapéutica. Evitar levantar peso, caminar por terrenos accidentados y cualquier actividad física que pueda desencadenar dolores resumen las reglas que se deben respetar.

Destacan principalmente dos medidas «no medicamentosas»:

- la reducción del eventual exceso ponderal
- y un programa de actividad física aeróbico sin sofoco (*véase el recuadro*).

Las demás medidas están representadas por las órtesis (plantillas, rodilleras, bastones para caminar) y el aprendizaje (con un fisioterapeuta) de ejercicios de movilización articular y de fortalecimiento muscular.

Los medicamentos son de 4 categorías:

- los anti-artrósicos de acción lenta (AASAL)
- los analgésicos (con el paracetamol como referencia);
- los antiinflamatorios no esteroideos
- las infiltraciones intraarticulares (de cortisona durante los brotes, de ácido hialurónico cuando no hay brote).

La cirugía (prótesis de rodilla o de cadera) se contempla cuando se cumplen las 2 condiciones siguientes:

- los medicamentos ya no bastan para aliviar los dolores;
- las lesiones de artrosis están «muy avanzadas» en las radiografías.

DEPORTE Y ARTROSIS

- **La actividad deportiva favorece la aparición de la artrosis cuando el riesgo traumático y microtraumático de dicha actividad es alto. Al contrario, se aconseja que el paciente artrósico realice ejercicio físico con regularidad.**
- **El papel de los traumatismos deportivos en la aparición de lesiones artrósicas no deja lugar a dudas. Los deportes como el fútbol o el rugby exponen a la rodilla a lesiones ligamentosas y meniscales que, como se sabe, favorecen la artrosis. Lo mismo sucede con los esguinces, las fracturas y los microtraumatismos repetidos del tobillo.**
- **La actividad física aeróbica (sin sofoco) es una de las medidas esenciales del tratamiento de la artrosis. Esta mantiene la forma física y mejora la calidad de vida del paciente artrósico. Es el paciente quien elige el tipo de ejercicio físico que quiere practicar, siempre el médico confirme que posee la capacidad física para ello. En la práctica, puede elegir entre:**
 - 30 minutos de marcha rápida 3 veces por semana,
 - o la práctica regular de ciclismo o natación.**La única actividad desaconsejada es aquella que desencadene el dolor de la articulación artrósica.**