

CAPÍTULO 77 - ARTROSIS DE CADERA

Autores: Ricardo Alberto Ostilla de Stefano, Carlos Jaramillo Thomas
Coordinadora: Nerea Martín Larrañaga
Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia)

1.- INTRODUCCIÓN

La artrosis de cadera es una artropatía no inflamatoria caracterizada por la degeneración y adelgazamiento del cartilago articular por pérdida de la capacidad de retener agua, junto a la proliferación osteocartilaginosa subcondral y de los márgenes articulares.

Ligeramente más frecuente en el sexo masculino, afecta del 2 al 4% de la población entre 40 y 70 años, aumentando al incidencia con la edad, con un crecimiento aritmético hasta los 55 años y geométrico a partir de esa edad (1).

2.- ETIOPATOGENIA

La artrosis forma parte del proceso de deterioro tisular fisiológico propio del envejecimiento, por ello es raro que se desarrolle artrosis de cadera en una persona joven. Cuando esto sucede, generalmente es debido a que la cadera afectada ha sufrido algún otro tipo de enfermedad previa, como una luxación congénita, un traumatismo o algún tipo de inflamación o infección.

Dentro de la artrosis secundaria o de causa conocida quedarían englobadas las debidas a displasias congénitas, dismorfias adquiridas (coxa plana, coxopatía hemofílica), traumatismos, deportes de competición, trabajos de esfuerzo y afectación estadodinámica (dismetría y rigidez de rodilla)(2). Por otra parte, hay muchos estudios que relacionan la existencia de un choque femoroacetabular con una predisposición a una artrosis precoz de cadera. Hoy en día sabemos que entre el 60-70% de los menores de 55 años con coxartrosis, ésta se produjo por choque femoroacetabular (3).

3.- CLÍNICA

El síntoma más frecuente es el dolor, de características mecánicas, apareciendo con la deambulación y mejorando con el reposo. Los pacientes refieren un dolor localizado a nivel de la ingle, con irradiación a la cara anterior y lateral del muslo, llegando hasta la rodilla. Puede darse el caso de que se irradie hacia la zona glútea, cara posterior o interna del muslo (4).

Otro síntoma es la rigidez tras los períodos de reposo que suele evolucionar hacia la rigidez con constitución de una postura viciosa. La limitación articular inicial representa un simple mecanismo antiálgico de reposo articular, una defensa de la musculatura periarticular a la movilización dolorosa.

La esclerosis y el engrosamiento capsular determinan una postura viciosa en particular en flexum, aducción y rotación externa. En las coxartrosis muy evolucionadas los osteofitos son los responsables de la rigidez.

Otros síntomas son la limitación de la función, inicialmente hacia la rotación interna y después, también se limita hacia la flexión y abducción de cadera.

En la exploración física se realizará un examen clínico funcional, un examen del paciente en bipedestación, en decúbito supino y una medición de las amplitudes articulares. En el examen funcional observaremos como camina el paciente y la existencia de signos de cojera o de insuficiencia de los músculos pelvitrocantéricos (prueba de Trendelemburg). Con el paciente de pie examinaremos la existencia de posturas viciosas de tipo flexum o antiálgicas, dismetría, rigidez articular, hiperlordosis lumbar compensadora. Valoraremos la posición espontánea de la cadera coxartrosica (flexum, rotación externa) con el paciente acostado. Es importante la medición de las amplitudes articulares pasivas y la valoración de contracturas musculares y la existencia de puntos dolorosos, que pueden irradiar a rodilla. La exploración física del paciente debe incluir diversas pruebas de provocación como el test de impingement (flexión, aducción y rotación interna dolorosa), test de descompresión de Ribas, test de Faber o prueba de Patrick (flexión, abducción y rotación interna con la rodilla flexionada 90 grados) (Tabla 1).

Tabla 1. Anamnesis y Exploración clínica de la artrosis de cadera.

Clínica	
Dolor mecánico Rigidez articular Limitación funcional	
Exploración física	
Examen funcional	Marcha, cojera Trendelemburg
Examen en bipedestación	Flexum, dismetría Rigidez articular Hiperlordosis lumbar
Examen en decúbito	Flexum Rotación externa
Amplitud articular	

Las escalas más utilizadas para la valoración de la cadera son el Índice de Harris (Harris Hip Score) que tiene en cuenta el dolor, la cojera, ayudas para la deambulación, distancia caminada, lugar y tiempo capaz de permanecer sentado, uso de transporte público, capacidad de subir escaleras, capacidad de vestirse, ausencia de deformidades y el rango de movilidad; y algo mas sencilla la escala de Merle D'Aubigne que valora el dolor, la marcha y la movilidad.

4.- DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en el interrogatorio al paciente, sobre el tipo de síntomas que padece y sus características, seguido de una exploración de la cadera, con sus movimientos. En la anamnesis es importante valorar los antecedentes personales pues más de la mitad de los casos de artrosis de cadera son secundarios a anomalías del

desarrollo, necrosis avascular de cabeza de fémur, traumatismos o fracturas.

Para confirmar el diagnóstico es necesario realizar una radiografía de la cadera y así establecer un pronóstico sobre la gravedad de la misma. Solicitaremos dos proyecciones: anteroposterior en carga, para valorar el espacio articular y axial. Las proyecciones para diagnosticar choque femoroacetabular incluye además la proyección anteroposterior con 30° de rotación externa y la proyección axial de Dunn (proyección axial con 40° flexión, abducción de 20° y rotación externa del pie de 10°). Dentro de las características radiológicas de la artrosis destaca un estrechamiento del espacio articular, osteofitos, esclerosis subcondral, quistes óseos y deformidades (Figura 1).



Figura 1. Coxartrosis radiológica: choque femoroacetabular (izquierda), geodas y osteofitos (derecha).

Los criterios radiográficos más utilizados para el diagnóstico de la artrosis fueron publicados por Kellgren y Lawrence, correspondiendo a una escala de 0 a 4, otra escala que se utiliza es la clasificación de Tönnis (Tabla 2).

Tabla 2. Escala radiológica de artrosis y Clasificación de Tönnis	
Escala de Kellgren/ Lawrence	Clasificación de Tönnis
0 - No: ausencia de osteofitos, estrechamiento o quistes.	0 - Ausencia signos artrosis
1 - Dudosas: osteofitos sólo.	1 - aumento esclerosis subcondral, leve estrechamiento de interlínea
2 - Mínima: osteofitos pequeños, estrechamiento de la interlínea moderado puede haber quistes y esclerosis.	2 - pequeños quistes subcondrales estrechamiento interlínea moderado y moderada pérdida esfericidad cabeza
3 - Moderada: osteofitos moderados y estrechamiento de la interlínea.	3 - grandes quistes subcondrales, severo estrechamiento de interlínea, gran pérdida de esfericidad de cabeza o presencia de necrosis femoral
4 - Severa: osteofitos grandes y desaparición de la interlínea.	

Pediremos además una analítica general siendo imprescindibles los siguientes parámetros:

- Fórmula, recuento y VSG. Su principal función es ayudar a descartar procesos inflamatorios articulares
- Aconsejable la función renal y transaminasas previamente a la prescripción de AINES (Figura 2).

5.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La historia natural de la enfermedad es muy variable tras la aparición de la sintomatología, muchos casos se mantienen estables durante años, pero los resultados a largo plazo son pobres en la mayoría de los pacientes.

6.- TRATAMIENTO

En cuanto al manejo y tratamiento de la artrosis de cadera nos hemos guiado por las recomendaciones de la EULAR (European League Against Rheumatism) (5,6):

- El manejo óptimo de la artrosis requiere una combinación de tratamientos no farmacológicos y farmacológicos.
- El tratamiento debe ser acorde a los factores de riesgo de la cadera (obesidad, actividad física, displasia); factores de riesgo generales (edad, sexo, comorbilidad y co-medición), intensidad del dolor e impotencia funcional, localización y grado de daño estructural, y a las expectativas del paciente.
- El tratamiento no farmacológico incluye una buena educación, ayudas para la deambulación, ayudas técnicas en el domicilio y trabajo, ejercicio físico diario individualizado y reducción de peso en caso de obesidad o sobrepeso (7). La terapia física, mediante distintos programas de ejercicios, pretende prevenir la lesión y la incapacidad, mejorar el dolor y la rigidez y mantener la funcionalidad el mayor tiempo posible. Los objetivos son preservar al menos 30° de flexión y la extensión completa de la cadera y el fortalecimiento de los músculos abductores y extensores de la cadera (8).
- Por su eficacia y seguridad el paracetamol (hasta 4 gr. / día) es el analgésico oral de primera elección para dolores leves o moderados, y si es exitoso, es el analgésico oral preferido para largo uso.
- Los AINEs, en su dosis eficaz menor, deberían ser añadidos o sustituir al paracetamol en pacientes que no responden bien al mismo. En pacientes con riesgo gastrointestinal se deberían utilizar AINEs no selectivos con un protector gástrico o un inhibidor selectivo de la COX-2.
- Los analgésicos opioides, con o sin paracetamol, son alternativas útiles en pacientes en los cuales están contraindicados, son inefectivos o son mal tolerados los AINEs incluyendo los inhibidores selectivos de la COX-2.
- Los SYSADOA (fármacos de acción lenta en el tratamiento de la artrosis, que incluyen el sulfato de glucosamina, condroitin sulfato, diacereína, insaponificables de avocado/soybean y el ácido hialurónico) tienen un efecto sintomático y baja toxicidad, pero la magnitud de sus efectos es pequeña, los pacientes adecuados no están bien definidos y aspectos fármaco económicos no están bien establecidos.
- La inyección intraarticular de esteroides (guiadas por ecografía o rayos x) puede ser considerada en pacientes no respondedores a analgésicos o AINES.
- Las osteotomías y procedimientos quirúrgicos que preservan la articulación debe ser considerada en pacientes adultos jóvenes con artrosis sintomática, especialmente en presencia de displasia o deformidades en varo/valgo.

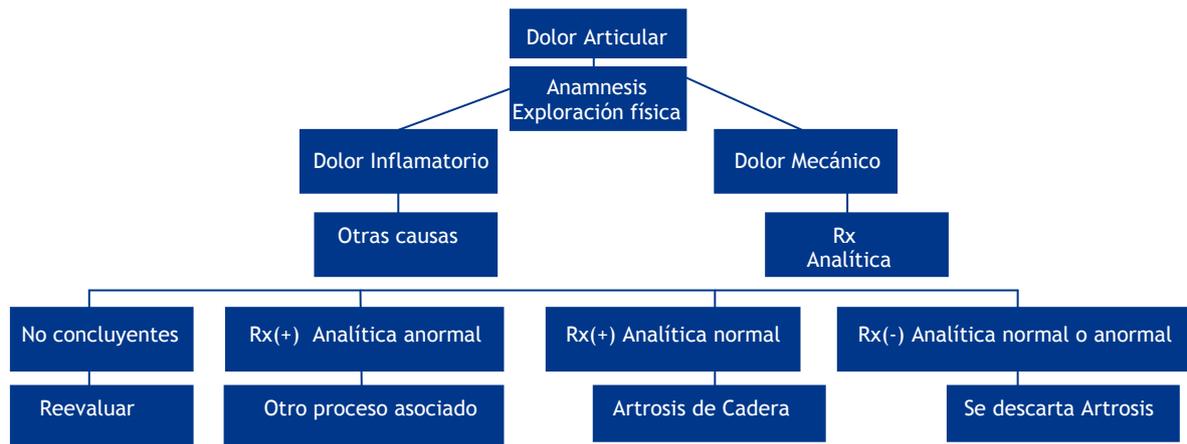


Figura 2. Algoritmo diagnóstico.

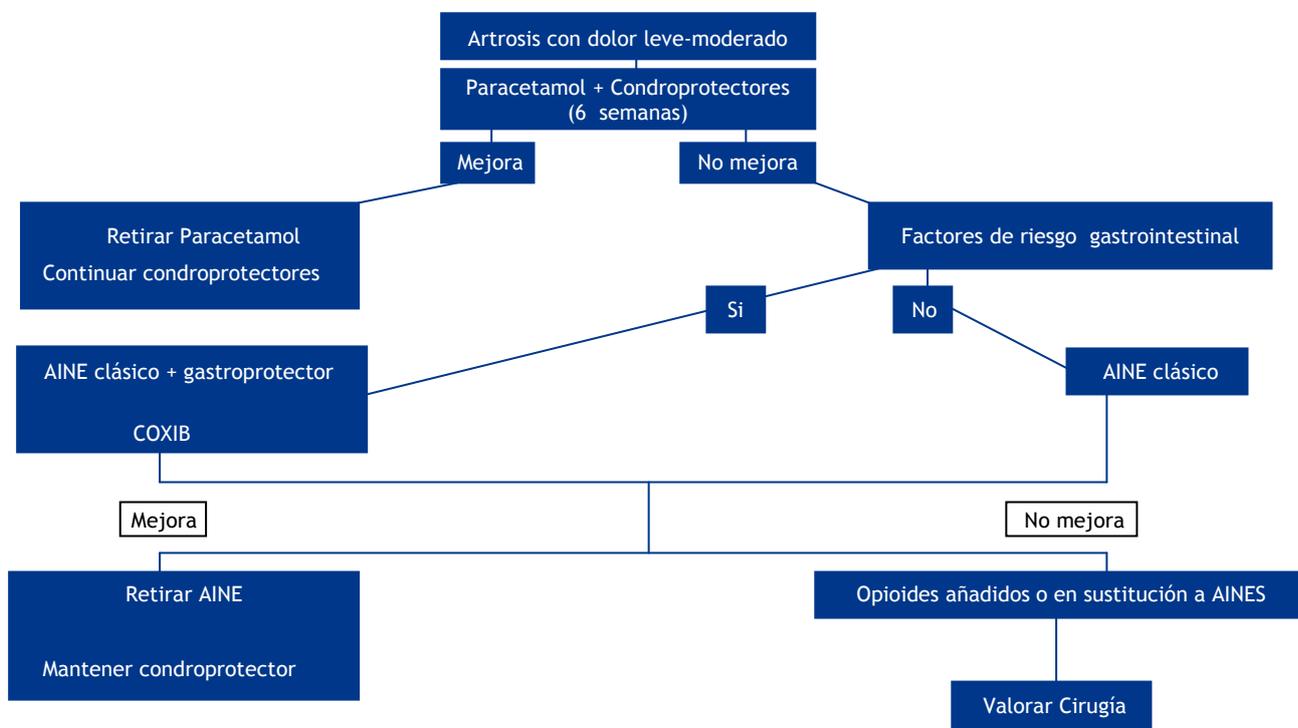


Figura 3. Guía terapéutica.

- La artroplastia debe ser considerada en pacientes con evidencia radiográfica de artrosis con dolor refractario o gran impotencia funcional (Figura 3).

7.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En caso de choque femoroacetabular o lesiones preartrosicas secundarias a displasias o luxación congénita de cadera, se debe realizar una cirugía inmediata para evitar la evolución en el deterioro del cartilago articular. Aún en ausencia de afectación radiológica del cartilago articular (pinzamiento), si aparece dolor, la operación está indicada (9).

7.1. Choque femoroacetabular

Se define choque femoroacetabular como la existencia de una zona de conflicto de espacio entre la superficie ósea de la cabeza-cuello del fémur y el reborde acetabular. La cirugía consiste en remover el exceso de hueso ya sea a nivel femoral, acetabular o ambos, junto a la reparación de lesiones a nivel del labrum acetabular y estabilización de lesiones a nivel del cartilago articular.

El fin de esta cirugía es la conservación de la articulación de la articulación de la cadera evitando o retrasando su desgaste que conlleven a la necesidad de cirugías mucho más grandes e invasivas como la artroplastia de cadera.

Existen varias técnicas descritas para el tratamiento de esta patología: cirugía abierta convencional, mini-open y por artroscopia, todas con excelentes resultados a medio y largo plazo. La artroscopia suele ser la primera opción por la menor invasión del paciente y un mejor resultado estético (10).

7.2. Deformidades preartrósicas

Las osteotomías están indicadas cuando existen alteraciones morfológicas corregibles con esta cirugía y existe cartilago viable, por ello en pacientes menores de 50 años con una movilidad global del 80%, con 90° de flexión de cadera. Este pinzamiento alrededor de la cadera es secundario a alteraciones torsionales del acetábulo o alteraciones femorales, por ello las osteotomías pueden ser acetabulares, pelvianas o femorales (varización, valguización o rotacionales).

7.3. Artrosis evolucionada

Deben limitarse las indicaciones al enfermo con dolor severo en cadera incapacitante para la marcha y en el que han fracasado todos los tratamientos conservadores y no estén indicados los anteriores procedimientos quirúrgicos (11). Además de las prótesis totales de cadera convencionales, para pacientes jóvenes se utilizan prótesis de superficie o resurfacing y prótesis de vástagos cortos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín A, Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt-Brace 1999; 1128-52.
2. Lau E, Symmons D, Croft P. The epidemiology of hip osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the orient. Clin Orthop 1996;323:81-90.
3. Ribas M, Vilarrubias JM, Ginebreda I, Silberberg J, Leal J. Atrapamiento o choque femoroacetabular. Rev Ortop. Traumatol. 2005; 49: 390-403.
4. Mogado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez-Bustamante FJ, Toerres LM. Guide for the clinical management of osteoarthritis of the hip and the knee. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 289-302.
5. Zhang W, Doherty M, Arden N, et al. EULAR recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2005; 64:669-81.
6. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2013; 72: 1125-35.
7. Puett DW, Griffin MR. Published trials of nonmedicinal and non-invasive therapies for hip and knee osteoarthritis. Ann Intern Med 1994; 121: 133-40
8. Minor MA. Exercise in the management of osteoarthritis of the knee and hip. Arthritis Care Res 1994; 7: 198-201.
9. Goldberg VM, Ketteldamp DB, Colyer RA. Osteoarthritis: diagnosis and medical/surgical management. Moskowitz RW, Howell DS, Goldberg VM, Mankin HJ. Filadelfia: Saunders WB. 1992.
10. Weiland D, Philippon M. Arthroscopy technique of femoroacetabular impingement. Oper Tech Orthop 2006; 15: 256-60.
11. Buckwalter JA, Lohmander S. Operative treatment of osteoarthritis: current practice and future development. J Bone Joint Surg 1994; 76: 1405-18.