



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON COXARTROSIS DESDE
LA ATENCIÓN PRIMARIA HASTA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

AREVALO LOMAS EMILY MISHEL
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON COXARTROSIS
DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA HASTA LA INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA

AREVALO LOMAS EMILY MISHEL
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON COXARTROSIS DESDE LA
ATENCIÓN PRIMARIA HASTA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

AREVALO LOMAS EMILY MISHEL
MÉDICA

CARDENAS LOPEZ OSWALDO EFRAIN

MACHALA, 20 DE OCTUBRE DE 2023

MACHALA
20 de octubre de 2023

MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON COXARTROSIS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA HASTA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

por Emily Mishel Arevalo Lomas

Fecha de entrega: 11-oct-2023 08:19p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2192935797

Nombre del archivo: titulaci_n_-.docx (27.03K)

Total de palabras: 3583

Total de caracteres: 19880

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, AREVALO LOMAS EMILY MISHEL, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Manejo Terapéutico De Pacientes Con Coxartrosis Desde La Atención Primaria Hasta La Intervención Quirúrgica, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

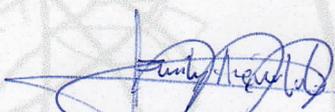
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 20 de octubre de 2023


AREVALO LOMAS EMILY MISHEL
0707094900

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, quien ha sido mi pilar fundamental durante toda mi vida y proceso estudiantil, que al darme sus bendiciones y salud ha logrado muchas cosas positivas durante todo este camino.

A mis padres, que sin dudar, con su apoyo incondicional, me han dado la fuerza para vencer todo tipo de obstáculo; seguido de mi hermano Emilio, que lo adoro desde siempre, me ha permitido continuar con toda la confianza en mis estudios universitarios y prácticas.

AGRADECIMIENTO

Agradecer principalmente a Dios, por seguirme manteniendo con vida, y poder alcanzar uno de mis grandes sueños que he tenido desde niña y poder seguir siendo el orgullo de mi familia.

Agradezco a toda mi familia incluyendo a mis padres, Geovanny y Cindy; hermano Emilio; abuelos, John y Jacqueline; y a mi tía Joana, quiénes han sido una de las personas que más me han demostrado cariño, preocupación e interés desde la infancia hasta la actualidad con todas las cosas que he realizado durante mi etapa estudiantil y universitaria.

Y finalmente, agradecer, a mi Tutor, Dr. Oswaldo Cárdenas, que fue mi guía para poder realizar este trabajo con éxito.

RESUMEN

Introducción: La coxartrosis es un cuadro reumático que causa degeneración e inflamación del cartílago que recubre la articulación, provocando dolor, impedimento de la actividad locomotora y discapacidad funcional. El propósito de esta investigación es brindar información verídica con su respectivo análisis de cómo se debe tratar esta enfermedad, desde su atención primaria de salud hasta llegar a una cirugía. **Objetivo:** Analizar el manejo terapéutico de pacientes con coxartrosis desde la atención primaria hasta la intervención quirúrgica mediante la revisión bibliográfica de guías y artículos científicos. **Metodología:** Este estudio tiene un análisis descriptivo a través de una revisión bibliográfica basada científicamente de artículos, revistas y guías internacionales como Scielo, Elsevier, EULAR, ACR entre otros; en relación el tratamiento óptimo de la artrosis de cadera. **Conclusión:** Se inició con una breve descripción de la estructura, anatomía de la cadera, se recalcan datos de prevalencia a nivel mundial y de cuáles son las causas o factores que generan este tipo de patología. En la evaluación médica se dio énfasis al trabajo correcto y arduo que el Médico de Atención Primaria debe realizar en cuanto al paciente presente sintomatología, sabiendo de qué forma interrogar, los exámenes y solicitudes que debe pedir con el fin de poder llegar a un buen diagnóstico y determinar si es necesario el cambio de estilo de vida, el uso adecuado del manejo terapéutico, estableciendo una buena relación médico-paciente con actitud positiva, ya que se podría tratar de casos severos que conlleven a una intervención quirúrgica.

Palabras clave: Artrosis, Coxartrosis, Obesidad, Educación, AINE, Artroplastia

SUMMARY

Introduction: Coxarthrosis is a rheumatic condition that causes degeneration and inflammation of the cartilage covering the joint, pain, impairment of locomotor activity and functional disability. The purpose of this research is to provide true information with its respective analysis of how this disease should be treated, from primary health care to surgery. **Objective:** To analyze the therapeutic management of patients with coxarthrosis from primary care to surgical intervention by means of a bibliographic review of guidelines and scientific articles. **Methodology:** This study has a descriptive analysis through a scientifically based bibliographic review of articles, journals and international guides such as Scielo, Elsevier, EULAR, ACR among others; in relation to the optimal treatment of osteoarthritis of the hip. **Conclusion:** It began with a brief description of the structure and anatomy of the hip, emphasizing worldwide prevalence data and the causes or factors that generate this type of pathology. In the medical evaluation, emphasis was given to the correct and arduous work that the Primary Care Physician should perform when the patient presents symptoms, knowing how to question, the tests and requests that should be asked in order to reach a good diagnosis and determine whether a change of lifestyle is necessary, the proper use of therapeutic management, establishing a good doctor-patient relationship with a positive attitude, since it could be severe cases that lead to surgery.

Keywords: Osteoarthritis, Coxarthrosis, Obesity, Education, NSAID, Arthroplasty

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
SUMMARY	6
INTRODUCCIÓN	8
DESARROLLO	9
GENERALIDADES	9
EPIDEMIOLOGÍA	9
ETOLOGÍA - FACTORES DE RIESGO	10
CLÍNICA	11
EVALUACIÓN MÉDICA	11
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	12
TRATAMIENTO	13
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	13
Educación:.....	13
Ejercicio Físico:.....	13
Aparatos auxiliares:.....	14
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	14
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	16
Tipos de Prótesis de Cadera	17
CONCLUSIÓN	18
BIBLIOGRAFÍAS:	19

INTRODUCCIÓN

La artrosis de cadera, o también conocida como coxartrosis es un cuadro reumático que causa degeneración e inflamación del cartílago que recubre la articulación, provocando impedimento de la actividad locomotora y discapacidad funcional, y puede progresar hasta el punto en que sea necesario el reemplazo de la articulación. Es considerada como una de las primeras causas de consulta para el médico de Atención primaria. (1)

La cadera es la segunda articulación más afectada después de la rodilla. Según los estudios de prevalencia, su incidencia se da más en la población mayor de 65 años afectando a la articulación completa con compromiso de todo el tejido periarticular. Sin embargo, la artrosis de cadera puede aparecer antes de los 50 años.

En el año 2018, según la revista “Annals of the Rheumatic Diseases” se registraron más de 300 millones de casos de artrosis de cadera y rodilla, principalmente en países de altos ingresos, mencionado que las cifras aumentarán aún más, según el análisis de datos de modelos internacionales. (2)

El estudio “Global Burden of Disease” del 2019, a nivel mundial el número de casos de Artrosis era de 527 millones habiendo aumentado desde el año 1990. Los países más afectados son China, India y EE. UU por este orden. Este estudio situó a la artrosis de cadera en el puesto 11 de 290 enfermedades que más conllevaban a discapacidad. (3)

El presente trabajo busca revisar evidencias actuales de un tratamiento óptimo para aquellos pacientes que empiezan a presentar degeneración, dolor, o desgaste de la cadera, el tratamiento puede abarcar desde terapias físicas hasta un proceso quirúrgico, por ende el objetivo principal es analizar el manejo terapéutico de pacientes con coxartrosis desde la atención primaria hasta la intervención quirúrgica, mediante la revisión bibliográfica de guías y artículos científicos.

DESARROLLO

GENERALIDADES

La cadera es una articulación sinovial esférica, formada por el hueso de la pelvis que se llama acetábulo (hueso coxal) y por otra, la cabeza esférica del fémur. Las dos superficies óseas están cubiertas por el cartílago hialino o articular. Alrededor de estos huesos está la membrana o líquido sinovial, los ligamentos y una potente musculatura que se organizan para que los movimientos sean posibles. Al ser una articulación que soporta peso, con el pasar de los años, corre el riesgo que sufra artrosis (desgaste). (4)

La artrosis o también conocida como coxartrosis, es de lenta progresión, consiste en una condición degenerativa donde existe el deterioro o pérdida progresiva del cartílago de esta articulación. Es relativamente frecuente a partir de los 55 a 60 años, en general, es propia de personas mayores, aunque puede aparecer antes de los 50 años, siendo poco habitual en jóvenes. (5)

La coxartrosis produce limitación de los arcos de movilidad con impotencia funcional. El síntoma más importante es el dolor con un inicio insidioso, que aparece con la deambulación y puede desaparecer con el reposo. Suele presentarse con una intensidad variable que puede acompañarse de rigidez articular matutina, crujidos y contractura muscular. (5)

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial, según el estudio Global Burden of Disease del 2019 los países más afectados son China, India y EEUU, estimando un número de 527 millones casos de artrosis. Se ha estimado que varía en función a la articulación. . En este mismo año se situó la coxartrosis y artrosis de mano en el puesto 11 de 290 enfermedades que más desarrollaban a discapacidad. (3)

En cuanto a su prevalencia, no existen registros exactos de quiénes son los más afectados, sin embargo se ha podido observar más casos de coxartrosis en hombres menores de 45 años, mientras que después de los 55 años se ve con más frecuencia en mujeres que los hombres. Cabe recalcar que aunque sea muy poco habitual, la artrosis puede afectar también a personas más jóvenes, como atletas o personas que padecen lesiones, traumatismos en las articulaciones. (2)

Muchos factores pueden favorecer la aparición de la artrosis como la obesidad, lesiones no tratadas, genética, nutrición, actividad laboral, por lo que la OMS determina que la prevalencia de la artrosis continuará aumentando a nivel mundial. (3)

Actualmente, según la Sociedad Española de Reumatología en números representa que 242 millones de personas sufren artrosis en el mundo. Se calcula que a nivel mundial, hasta 500 millones de personas presentan esta patología (6); en el caso de España la cifra se sitúa en los 7 millones de pacientes, según OAFI (Fundación Internacional de la Artrosis), donde indican que es uno de los principales motivos de consulta para el médico de atención primaria. (7)

En Ecuador no existen estudios que informen sobre la incidencia de la coxartrosis en la población general, sin embargo se han encontrado datos que lo catalogan como un impacto sustancial que ejerce una carga económica importante sobre los sistemas de salud.

ETIOLOGÍA - FACTORES DE RIESGO

La artrosis tiene una etiología multifactorial y muy compleja, factores que pueden aumentar su riesgo. La artrosis de cadera se clasifica de 2 maneras, primaria o secundaria. La primaria, se desarrolla sobre una cadera de conformación normal o sana; mientras que la secundaria, se debe a la existencia de otras patologías ya existentes como (Enfermedad de Perthes displasia del desarrollo), necrosis aséptica, síndrome de choque acetabular, coxitis, , artropatías inflamatorias (Artritis Reumatoide) o bien otros factores causante de la artrosis, como padecer un traumatismo, el tener un ambiente deportivo o que haya presentado alguna lesión previa de la articulación de la cadera. (8)

Aquellos factores que actúan a nivel sistémico, muestran una mayor propensión a desarrollar artrosis de cadera, sin que los podamos modificar, en otras palabras lo conocemos como factores no modificables. Se destacan principalmente dos:

Genética: Se ha observado vínculos entre ciertos genes y la artrosis. Se han identificado genes responsables como (SOX9, ACAN, COL2A1) del colágeno, proteína principal del cartílago, en la que pueden verse disminuidos o aumentados, lo que su defecto ocasiona una mayor probabilidad de desarrollar artrosis. (9)

Edad: Como se ha mencionado anteriormente, es una enfermedad relativamente frecuente a partir de los 50-55 años, importante destacar este parámetro por la serie de cambios que están relacionados con la edad que favorecen la aparición de la artrosis. (9)

Por otro lado, aquellos factores modificables que si bien no van a ser causas netamente puras, pueden acelerar el desarrollo de la artrosis, clasificándolo principalmente con:

El Sobrepeso: La grasa corporal juega un papel importante, al ser una articulación de carga (al igual que la rodilla, cadera o el tobillo), más rápido se desarrolla la artrosis dando lugar a una inflamación de bajo grado, actuando de manera local o sistémica. (9)

El uso excesivo: Se establecen factores que actúen a nivel articular, como ciertas actividades ocupacionales, actividad física que están asociadas con la artrosis por el uso repetitivo y el aumento de estrés supone un incremento del riesgo para desarrollar artrosis. (9)

CLÍNICA

Las principales manifestaciones clínicas de los pacientes con coxartrosis incluyen:

- (I) Dolor durante los movimientos articulares, que puede afectar el rango de movimientos articulares en las últimas etapas, dolor persistente e inclusive dolor en reposo. (10)
- (II) Rigidez matutina: la rigidez de las articulaciones por la mañana pueden aliviarse después del ejercicio. La duración de la rigidez articular en pacientes con artrosis es corta, generalmente menos de 15 minutos y algunos más de 30 minutos. (10)

EVALUACIÓN MÉDICA

Principalmente se requieren una buena anamnesis y un examen físico completo antes de considerar realizar una cirugía en cualquier paciente, interrogando sobre intervenciones y tratamientos anteriores.

Se debe realizar una evaluación médica integral, donde se recomiende la autorización médica y la estratificación del riesgo para todos los pacientes antes de considerar las diferentes técnicas quirúrgicas. Otras consideraciones incluyen el hábito corporal del paciente, la actividad funcional previa y las expectativas después de la cirugía, o cualquier antecedente de traumatismo de cadera previo. Se debe realizar un estudio general o tratar de inspeccionar la cadera para detectar cualquier decoloración de la piel, heridas o cicatrices previas. (11)

El examen físico también incluye una evaluación del eje mecánico y la alineación general de la extremidad. Sobre todo evaluando la movilidad, la fuerza y la alineación de la cadera. Es fundamental asegurarse de descartar o al menos considerar la patología de la columna y/o la rodilla antes de realizar cualquier cirugía alrededor de la cadera. (11)

Es importante solicitar exámenes de laboratorio, que el paciente se realice un electrocardiograma y una radiografía de tórax para evaluar el estado clínico y posibles riesgos antes de una intervención.

En cuanto a la evaluación radiológica, se recomiendan radiografías preoperatorias, que incluyan una pelvis anteroposterior (AP) en bipedestación más AP/lateral de las caderas afectadas. Estas imágenes ayudarán a determinar el grado de daño o deformidad de la cadera.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una vez que el médico de atención primaria realice la debida anamnesis, exploración física, y todo el estudio posible, en ciertos casos pueden existir dudas en el diagnóstico de artrosis, por lo que es necesario solicitar una radiología simple. Aquí es donde se pueden observar osteofitos, pinzamiento articular y reducción del espacio articular, que son los parámetros claves para una presencia es artrosis de cadera.

Kellgren-Lawrence describieron una escala de clasificación para la evaluación radiológica y gracias a esto, se puede dividir la osteoartrosis en 4 estadios según los diversos signos radiológicos que aparezcan en la radiografía: (12)

Grado 0:	Normal, no se evidencia signos de artrosis
Grado 1:	Se lo considera dudoso, por el estrechamiento del espacio articular. Posibles osteofitos.
Grado 2:	Aquí ya hay estrechamiento del espacio articular. Osteofitos.
Grado 3:	Moderado, por la presencia de osteofitos múltiples. Leve esclerosis. Reducción del espacio articular, formación moderada de osteofitos y posible deformación de los extremos del hueso
Grado 4:	Considerado grave, por la gran formación de osteofitos, reducción importante del espacio articular y clara deformidad de los extremos de los huesos

TRATAMIENTO

Debido que la artrosis es una afección crónica que frecuentemente puede asociarse con una serie de comorbilidades y problemas psicosociales, es importante señalar que muchas personas se pueden beneficiar con un enfoque multidisciplinario en la atención. La guías de práctica clínica coinciden que los Médicos de atención primaria de la salud, deben enfocarse en la educación del paciente, dar la debida información y consejos adecuados, si corresponde pérdida de peso o si amerita ejercicio terapéutico; en el caso de existir complicaciones o si los síntomas persisten pese al tratamiento conservador de alta calidad, el médico podría considerar la derivación a otros profesionales de salud (reumatólogos, cirujanos ortopédicos) para su apropiado manejo, que pueden terminar en una intervención quirúrgica. (13)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El objetivo del manejo médico está basado en 3 parámetros:

- Aliviar el dolor
- Mantener su funcionalidad
- Retrasar o evitar la progresión de la enfermedad

La elección de cada tratamiento debe depender de la gravedad de la enfermedad, las comorbilidades, el acceso al tratamiento y las preferencias o sugerencias del paciente.

Según las guías internacionales Osteoarthritis Research Society International (OARSI) y American College of Rheumatology (ACR) recomiendan ciertos aspectos como medidas generales que pueden realizarlo todos aquellos pacientes que comiencen a presentar este tipo de patología, como los siguientes. (14)

Educación: Esto se debe aplicar a todos los pacientes, independientemente de sus comorbilidades y la forma que presente la enfermedad. No se trata de solo dar información sino educar, tener en cuenta que la educación consiste en explicar el carácter de la enfermedad y las mejores posibilidades terapéuticas, y poder fomentar sobre todo el optimismo al paciente, para así lograr una actitud positiva con los posibles efectos del tratamiento. Para ello, tendrá que adquirir hábitos o nuevos estilos de vida que le ayudarán en sus auto-cuidados y a la actividad diaria logrando un estado general más saludable. Es imprescindible que el paciente junto con el médico tome decisiones de forma consciente en cuanto al tratamiento. (15)

Ejercicio Físico: Está basado con el objetivo de la reducción de masa corporal, son útiles para combatir la coxartrosis, ya que el exceso de peso sobrecarga las articulaciones de la rodilla, las caderas y la zona lumbar. Con ejercicios aeróbicos,

aquellos que mejoren el equilibrio, o métodos mente-cuerpo como yoga, pueden mejorar la fortaleza muscular, disminuir el dolor y la rigidez articular y la posibilidad de una discapacidad debido a esta afección. (14)

Aparatos auxiliares: También son de utilidad los dispositivos de soporte (“de apoyo”), como el uso de bastones y otros materiales que faciliten la marcha, que lo ayudan a realizar las actividades diarias. Los tratamientos con calor o frío pueden ayudar a aliviar los síntomas de la osteoartritis durante un período breve. (15)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad, existen tratamientos más seguros y eficaces para el paciente, todo tipo de fármaco debe ser administrado durante los períodos sintomáticos por lo que hasta el día de hoy no se ha podido demostrar modificar la progresión de la patología. (16)

Históricamente se ha considerado al *paracetamol* como primera elección en el tratamiento del dolor artrósico, para aliviar el dolor leve o moderado, debido que se lo ha considerado un fármaco seguro, eficaz y barato. La dosis máxima no debe exceder de 3 gr/día y en pacientes ancianos se recomienda hasta 2 gr (16) Sin embargo, con la revisión de diferentes revistas o artículos internacionales de los últimos años han surgido evidencias que muestran que su eficacia en el tratamiento del dolor es algo escasa y clínicamente no relevante por lo que algunas revisiones más recientes ya no recomiendan su uso en esta enfermedad. (15)

Los *antiinflamatorios no esteroideos (AINE)* se usan de forma tópica u oral, tienen actividad antiinflamatoria, antipirética y analgésica, son considerados como la base o tratamiento de elección sobre todo *los tópicos* que pueden ser eficaces en casos de artrosis de rodilla y mano para el dolor leve a moderado, el diclofenaco es el que mayor evidencia presenta en alivio del dolor, sobre todo en pacientes ancianos. (17)

Los *AINE orales* son útiles para el control del dolor, rigidez y para la mejoría de la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. Se debe de tomar en cuenta que antes de recomendar esta línea farmacológica se debe valorar el riesgo cardiovascular y gastrointestinal del paciente, así como su función renal, por lo que se sugiere utilizarlos en dosis bajas y durante el menor tiempo posible, sobre todo aquellos pacientes que presenten comorbilidades. (15) Los más utilizados en la artrosis son el ibuprofeno, naproxeno, dexketoprofeno y diclofenaco por vía oral. El naproxeno tiene la incidencia más baja de reacciones adversas cardiovasculares. (18)

La *capsaicina tópica* resulta segura y eficaz cuando hay una o pocas articulaciones afectadas. Sin embargo, su uso puede estar limitado por los efectos adversos locales como irritación o sensación de quemazón. (15)

Los opioides, en general, son fármacos que no están recomendados en artrosis, ya que la evidencia científica sobre su eficacia es escasa, y tiene una alta incidencia de efectos adversos como mareos, náuseas, estreñimiento, sedación, especialmente en ancianos y en tratamientos a largo plazo. En caso de que se decida optar por un tratamiento con opioides, o aquellos pacientes que no sean candidatos a realizarse cirugía, o que tengan contraindicación a un AINE, se recomienda iniciar con un opioide menor como el tramadol, por los nuevos estudios que se han observado beneficios en el tratamiento a mediano plazo de 3 meses a 1 año. (15)

SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis): Son considerados de acción lenta por su efecto clínico que se produce semanas después de iniciar el tratamiento. Se recomienda el uso de sulfato de condroitina, glucosamina y su combinación para reducir el dolor y mejorar la función articular; el efecto persiste durante varios meses después de su cese. Estos fármacos tienen un alto grado de seguridad comparable al placebo, lo cual es extremadamente importante para los pacientes de edad avanzada y aquellos con comorbilidad. (17)

La evidencia sobre la eficacia de las inyecciones intraarticulares de ácido hialurónico sobre todo en artrosis de rodilla es controvertida. Los estudios de mayor calidad muestran un beneficio pequeño, clínicamente irrelevante respecto al placebo. (2)

Las inyecciones intraarticulares corticosteroides; ácidos hialurónicos; y, relativamente recientemente, las inyecciones de plasma rico en plaquetas son las modalidades más comunes para tratar el dolor asociado con la OA de cadera. Aunque las recomendaciones en esta área es escasa y los datos son débiles, la evidencia reciente sugiere que se debe tener precaución al usar múltiples inyecciones intraarticulares de esteroides en la cadera. Los ensayos clínicos no respaldan firmemente el uso clínico y el valor de las inyecciones de ácido hialurónico. Por otro lado si hay iniciativa por parte del paciente se recomienda administrar plasma rico en plaquetas en la articulación de la cadera aunque tiene baja investigación en ensayos clínicos, y a la actualidad no existe evidencia convincente. (17)

La inyección intraarticular de glucocorticoides puede aliviar el dolor en pacientes con coxartrosis, especialmente en pacientes con derrame en la cavidad articular. Son considerados como un tratamiento complementario para aliviar el dolor moderado a severo. Los glucocorticoides intraarticulares que comúnmente se usan son,

metilprednisolona, prednisolona betametasona compuesta, dexametasona y triamcinolona. El efecto a corto plazo de la inyección intraarticular de glucocorticoides es mejor que el del ácido hialurónico (HA). (18)

Los efectos adversos más comúnmente informados de la inyección intraarticular son reacciones locales transitorias, como dolor e hinchazón en las articulaciones, que generalmente desaparecen en unos pocos días. Sin embargo, la calidad de la evidencia incluida en esta revisión sistemática es baja. (18)

Se ha podido hacer una comparación gracias a una revisión sistemática de 2017, donde se comparó la eficacia del HA intraarticular y los corticosteroides intraarticulares, lo que muestra que el alivio del dolor en el grupo de corticosteroides disminuye más que en el grupo de HA hasta 1 mes. (18)

Enfocándonos en la inyección intraarticular con ácido hialurónico en pacientes con artrosis de cadera es controvertido. Existen estudios del 2017 que mostraron que los pacientes que recibieron un ciclo de HA retrasaron el reemplazo total de rodilla. (18)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La decisión de hacerse la cirugía de reemplazo de cadera debe ser una decisión colaborativa entre el paciente, su familia, el médico de atención primaria junto al cirujano ortopédico. Por lo general, el proceso de tomar esta decisión comienza con una derivación de su médico a un cirujano para que la examinación inicial ya mencionada anteriormente.

Dos de las organizaciones reumatológicas importantes como (American College of Rheumatology ACR y European League Against Rheumatism EULAR) publicaron recomendaciones para tratar la artrosis de rodilla y cadera. En fases evolucionadas de la enfermedad debería considerarse un tratamiento quirúrgico. Principalmente la cirugía se basa en la colocación de prótesis o también conocida como (artroplastia) donde se reemplaza la articulación desgastada por una prótesis metálica biocompatible con el cuerpo humano. Este procedimiento se da en aquellos casos que el dolor no responda al tratamiento médico y que al tener incapacidad funcional imposibilite realizar actividades cotidianas; en este apartado detallamos las 2 maneras de artroplastia que se emplea en el paciente. (15)

La **artroplastia total** de cadera es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos, consiste en reemplazar totalmente la articulación tanto en la parte femoral como en el acetábulo (pelvis). (19)

La **artroplastia parcial** consiste en reemplazar una parte de la articulación, generalmente la cabeza del fémur, y se utiliza en personas mayores con fracturas de cadera. (4)

La operación se realiza en un quirófano estéril, con todas las medidas de asepsia y antisepsia, con anestesia raquídea generalmente (en la espalda), la cirugía dura aproximadamente 1 hora. Su procedimiento comienza mediante una incisión en la región lateral de la cadera de aproximadamente 10 cm, se retira la articulación dañada y se reemplaza con la prótesis de cadera elegida para el paciente. Al siguiente día de la cirugía el paciente empieza a caminar con apoyo de bastones, muletas, etc, sintiendo un alivio inmediato del dolor y recuperando su movilidad. (20)

Tipos de Prótesis de Cadera

De acuerdo al tipo de fijación de sus componentes, las prótesis de cadera se pueden clasificar en prótesis cementadas o no cementadas.

Prótesis cementadas: Son prótesis que requieren de un cemento óseo que van sujetadas al hueso. Con el uso del cemento óseo se toma en cuenta al momento de su aplicación, la viscosidad por lo que puede afectar la tasa de penetración del mismo en el hueso trabecular donde se aloja y se determina la interfase cemento hueso.

Prótesis no cementadas: El posicionamiento no requiere de ningún material entre hueso e implante, en otras palabras, son prótesis que no necesitan de un cemento óseo para fijarlas al hueso porque tienen una superficie porosa, se van entremezclando, con el recubrimiento promueve el crecimiento óseo alrededor de la prótesis, según está indicado en pacientes, frecuentemente jóvenes, con relativa calidad ósea, debido a que se espera que el crecimiento del hueso asegure su estabilidad y evite su aflojamiento, especialmente en el componente femoral. (20)

CONCLUSIÓN

Con la debida revisión de artículos y guías como las recomendaciones de EULAR (European League Against Rheumatism); la ACR (American College of Rheumatology); OARSI (Osteoarthritis Research Society Internacional); SER (Sociedad Española de Reumatología) se puede concluir que en este tipo de enfermedad articular es necesario establecer la buena relación médico-paciente con actitud positiva, evitando angustias propias de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que el Médico de atención primaria de la salud debe comenzar tratar a esta patología con consejos educacionales preventivos.

Las medidas o establecimientos no farmacológicos son la base del tratamiento de la artrosis, el abordaje terapéutico de la artrosis de cadera se fundamenta en técnicas de autocuidados o estilos de vida, tratamiento farmacológico adecuado, y ejercicio terapéutico.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, ya sea de forma tópica u oral adaptándolo a la severidad de los síntomas, dependiendo de las características del dolor, del tipo y número de articulaciones afectadas y la comorbilidad del paciente.

La artroplastia total de cadera es una intervención quirúrgica comúnmente usada y se refiere al reemplazo de la articulación de la cadera por un implante protésico.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Pedro Catalurda, Juan Del Castillo. Tratamiento de las fracturas trocántero-subtrocantéricas asociadas a coxartrosis ipsilateral en pacientes mayores de 65 años. Artículo de Revisión ed. Uruguay: Revista Médica Scielo; 2021.
2. Mayoral Rojals. Epidemiología, repercusión clínica y objetivos terapéuticos en la artrosis. Scielo. 2021 Marzo; 28(1).
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>.
4. OrthoInfo. [Online].; 2022. Available from: <https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases--conditions/osteoarthritis-de-cadera-hip-osteoarthritis/>.
5. Bryan Hernández, Steven Salvatierra, Luisa Guerrero. Reemplazo total de caderas. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2023 Marzo; 7(1).
6. Reumatología SEd. La artrosis supone un problema de salud pública a nivel mundial. [Online].; 2023. Available from: <https://www.ser.es/la-artrosis-supone-un-problema-de-salud-publica-a-nivel-mundial/>.
7. OAFI. Osteoarthritis Foundation International. [Online].; 2022. Available from: <https://www.oaifoundation.com/que-es-la-artrosis/>.
8. Marco Sánchez T. Walter Becerra B. Osteoartritis (artrosis) de la articulación temporomandibular. Revista Scielo. 2020 Diciembre; 80(4).
9. Álvaro AO. Mecanismos etiopatogénicos de la artrosis. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2021 Marzo; 28(1).
10. Iñurrategui MC. Tratamiento conservador de la artrosis de cadera. [Online]. [cited 2021 Junio 2. Available from: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6937>.
11. NIH. National Library of Medicine. [Online].; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507864/>.
12. Rolando Espinosa, Jesús Alcántar, César Alejandro Arce, Luis Miguel Chávez. Reunión multidisciplinaria de expertos para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis. Actualización basada en evidencias. Scielo. 2018 Junio; 34(3).

13. Fundación Española de Reumatología. [Online].; 2019. Available from: <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis-de-cadera/>.
14. Bannuru, Osani, Vaysbrot. Directrices OARSI para el tratamiento no quirúrgico de la osteoartritis de rodilla, cadera y poliarticular. [Online]. [cited 2019 Julio 03. Available from: [https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(19\)31116-1/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(19)31116-1/fulltext).
15. Bielecka OK. Guías: tratamiento conservador de la artrosis (OARSI Y ACR). [Online].; 2019. Available from: <https://empendium.com/manualmibe/noticias/251143,guias-tratamiento-conservador-de-la-artrosis-orsi-2019-y-acr-2019>.
16. José PV. Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. In Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico. España; 2022. p. 9.
17. Tikhilov RM, Lila AM, Alekseeva LI. Coxartrosis. Clínica, diagnóstico y tratamiento: Guías clínicas. Revista de Traumatología y Ortopedia. 2022; 29(1).
18. Zhiyi Zhang, Cibo Huang, Yi Zheng. Annals of Translational Medicine. [Online].; 2020. Available from: <https://atm.amegroups.org/article/view/52569/html>.
19. Gómez-García F. Historia y desarrollo de la artroplastía de cadera. Una visión de sus aciertos, fallas y enseñanzas. (Primera parte). Acta ortopédica mexicana. 2022 Mayo; 35(4).
20. Mendoza DJ. Prótesis de Cadera. [Online]. Available from: <https://drjuanmendoza.com/protesis-de-cadera/>.