

Tratamiento de artrosis de cadera en pacientes de la tercera edad

Hip osteoarthritis treatment in elderly patients

José Manuel de Jesús Campos López
Médico y Cirujano
Universidad de San Carlos de Guatemala
josecampos725@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2549-8098>

Recibido: 15/01/2023
Aceptado: 01/05/2023
Publicado: 29/05/2023

Referencia del artículo

Campos López, J. M. J. (2023). Tratamiento de artrosis de cadera en pacientes de la tercera edad. *Revista Diversidad Científica*, 3(1), 215–224. DOI: <https://doi.org/10.36314/diversidad.v3i1.62>

Resumen

PROBLEMA: la artrosis de cadera es una patología que produce discapacidad funcional y que se presenta con más frecuencia en los pacientes de la tercera edad. **OBJETIVO:** definir los tratamientos disponibles para artrosis de cadera en pacientes de la tercera edad. **METODO:** información recopilada por medio de una revisión sistemática de artículos científicos, monografías y tesis de doctorado, utilizando los términos artrosis de cadera. **RESULTADOS:** la artrosis de cadera es una enfermedad que comúnmente se encuentra en la población de la tercera edad, esta patología es resultado del deterioro del cartílago articular que se encuentra en la cadera, pudiendo ser por causas primarias o secundarias, hay factores de riesgo que coadyuvan al desarrollo de dicha patología, por lo cual el primer paso para el tratamiento será la eliminación de los factores de riesgo en conjunto con cambios en el estilo de vida. El tipo de tratamiento a dar depende del grado de sintomatología que el paciente presente. **CONCLUSIÓN:** el tratamiento de artrosis de cadera en pacientes de la tercera edad se puede englobar en tres opciones terapéuticas, las cuales son: medidas no farmacológicas, si no se consigue alivio del dolor habrá que recurrir al tratamiento farmacológico, luego si el dolor y el grado de discapacidad empeora se podrá optar a el tratamiento quirúrgico siendo este el último escalón.

Keywords: artrosis, tratamiento, cadera, sintomatología

Abstract

PROBLEM: hip osteoarthritis is a pathology that causes functional disability and occurs more frequently in elderly patients. **OBJECTIVE:** define the available treatments for hip osteoarthritis in elderly patients. **METHOD:** information collected through a systematic review of scientific articles and doctoral theses, using the terms hip osteoarthritis. **RESULTS:** hip osteoarthritis is a disease commonly found in the elderly population, this pathology is the result of the deterioration of the articular cartilage found in the hip, which can be due to primary or secondary causes, there are risk factors that contribute to the development of this pathology, so the first step for treatment will be the elimination of risk factors in conjunction with lifestyle changes. The type of treatment to be given depends on the degree of symptomatology that the patient presents. **CONCLUSION:** hip osteoarthritis treatment in elderly patients can be grouped into three therapeutic options, which are, nonpharmacological measures, if pain relief is not achieved, pharmacological treatment should be used, then if the pain and the degree of disability worsens, surgical treatment can be chosen as the last step.

Keywords: osteoarthritis, treatment, hip, symptomatology

Introducción

La artrosis es a menudo conocida como artritis por desgaste, artritis relacionada con la edad o enfermedad articular degenerativa (Lespasio, 2018). Esta se produce por la pérdida progresiva del cartílago articular. A menudo se acompaña de procesos de reparación, que incluyen osteoesclerosis, formación de osteofitos, deformaciones articulares y procesos inflamatorios concomitantes. Puede ser primaria (idiopática) y secundaria (Mayoral, 2021). La artrosis de cadera es una de las enfermedades más comunes y debilitantes que afectan a los adultos mayores. Se estima que el 25 % de las personas no mayores a 85 años tienen artrosis de cadera sintomática y casi el 10 % de las artrosis en etapa terminal requieren un reemplazo total de cadera (Murphy et al., 2016).

La artrosis afecta al 7% de la población a nivel mundial, más de 500 millones de personas en todo el mundo, y la enfermedad afecta más a las mujeres. Entre 1990 y 2019, el número de personas afectadas en todo el mundo aumentó en un 48 % y, en 2019, la artrosis fue la decimoquinta causa principal de años de discapacidad en todo el mundo. Los años vividos con discapacidad a causa de la artrosis es más frecuente en países con un índice sociodemográfico medio (Hunter et al., 2020).

Clínicamente, la rodilla es el sitio más comúnmente afectado por la artrosis, seguido de las manos y las caderas, para el 2032, se estima que la proporción de la población de 45 años o más con artrosis diagnosticada por un médico aumentará del 26,6 % al 29,5 % en cualquier región del cuerpo (Hunter y Bierma, 2019). La prevalencia y la incidencia de artrosis radiográfica y sintomática aumenta con la edad, y en las mujeres, la frecuencia de artrosis es mayor que en los hombres, especialmente después de la menopausia (Ciampi et al., 2022).

En México, desde 1990, se ha podido comprobar que la artrosis es una de las principales causas de morbilidad en personas con una edad mayor o igual a 60 años. Esta patología en cuanto estudios de costos primarios en atención primaria se refiere, se ubica constantemente entre los cuatro lugares y en el cuidado de pacientes mayores de 60 años, la artrosis se ubica entre los tres primeros en términos de costo para el mismo nivel de necesidades de atención (Martínez et al., 2013).

La artrosis de cadera es una patología que se encuentra con mayor frecuencia en personas de la tercera edad, es importante saber los tratamientos disponibles para este grupo etario, ya que no todos los pacientes necesitan el mismo tratamiento, este cambia según el grado de sintomatología que el paciente presente, inclusive

las personas con esta afectación en instancias finales pueden ser candidatos para un recambio articular, cirugía, el objetivo de esta publicación es indagar sobre los tratamientos disponibles de artrosis de cadera en pacientes de la tercera edad, teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas.

Material y métodos

Se realiza una revisión sistematizada de revistas médicas de fuentes como el-selvier, the lancet, national library of medicine y scielo, tesis de doctorado, esta recuperada de repositorios de universidades, en estos sitios se busca información sobre artrosis, artrosis de cadera, indicaciones y contraindicaciones de tratamiento quirúrgico de artrosis de cadera, recopilando la información que mejor se apega al objetivo de esta publicación, plasmando los datos más relevantes, claros y concisos, para que sea de fácil entendimiento para el lector.

Resultados y discusión

La unión entre dos extremos óseos hace una articulación, dentro de ella se encuentra el cartílago articular, estructura que evita la fricción entre esta unión, la membrana sinovial es quien evita esta fricción, con el pasar del tiempo ya sea por patologías primarias o secundarias o factores de riesgo que coadyuvan se produce un deterioro del cartílago. Luego de producirse esta agresión, las lesiones del cartílago abren paso a degenerar todas las estructuras de la articulación, dañando la membrana sinovial, el hueso subcondral, los ligamentos y músculos periarticulares, dando como principal síntoma el dolor en la articulación afectada (Hunter y Bierma, 2019).

La artrosis de cadera es el padecimiento que se presenta con más frecuencia en la articulación de la cadera. La articulación de la cadera (femoroacetabular) es una articulación esférica, diartrodial, en la que la cabeza del fémur está dentro de un hueco formado por el acetábulo y el labrum. La disposición anatómica de la cadera permite el movimiento en múltiples planos, siendo flexión, extensión, aducción, abducción, rotación interna y rotación externa. En las actividades como caminar, correr, saltar y levantar pesas la articulación de la cadera se encuentra soportando fuerzas mecánicas significativas siendo alrededor de tres a ocho veces el peso corporal. Los impactos y caídas que surgen durante la práctica de deportes, así como los traumatismos graves producidos en los choques automovilísticos crean tensiones adicionales en la articulación femoroacetabular (Foye et al., 2020).

Existen factores riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar artrosis de cadera, pudiendo dividirlos en factores sistémicos y mecánicos, siendo los sistémicos la edad, el peso con un índice de masa corporal mayor a 30 kg/mt², el consumo de cerveza, ser mujer y aunado a esto presentar una menarquia temprana, igual o menor a 11 años y el incremento de la densidad ósea, entre los factores mecánicos se encuentran los que se presentan localmente dentro de la articulación, estos alteran la biomecánica articular y son producidos por la variación en la anatomía de la cabeza femoral que predispone a padecer artrosis a tempranas edades, traumatismo articular, las personas que practicaron deporte de alto rendimiento y por último la disminución de la fuerza de los músculos periarticulares de la cadera (aductores) (O'Neill et al., 2018).

El tabaquismo y la relación causal que existe con distintas morbimortalidades esta bien establecida y se pensarían que esta correlación se extrapola a la artrosis en general, pero, Mnatzaganian et al. (2013) menciona que el tabaquismo produce un efecto protector contra el desarrollo de artrosis de cadera, aunque no existen evidencias concluyentes, a pesar de esto, documentó la relación entre personas fumadoras de ambos sexos y el riesgo de ser sometidos a un recambio articular de cadera, donde demuestra una asociación inversa. Dando a entender que el tabaquismo no es un factor de riesgo para el desarrollo de artrosis de cadera o de rodilla, este estudio deja ver el efecto positivo del ser fumador de tabaco ya que existe una nula relación entre el tabaquismo y la artrosis de cadera, aunque no quiere decir que sea un hábito saludable.

En las manifestaciones clínicas el dolor inguinal es el síntoma clásico de la artrosis de cadera, aunque de igual forma se puede presentar en el glúteo. También podría haber rigidez en la articulación y limitación en la funcionalidad de la cadera. El dolor es de inicio insidioso y se exagera con la actividad física, logrando un alivio leve con el reposo. En la forma avanzada puede haber dolor incluso en reposo. Los pacientes a menudo informan limitaciones funcionales en actividades como caminar, correr y subir escaleras. Las restricciones en la amplitud de movimiento de la cadera pueden causar dificultades en actividades como ponerse o quitarse los calcetines y los zapatos, recoger la ropa del suelo y entrar y salir de los automóviles. La debilidad y dolor en la cadera puede hacer que se requiera el uso de la parte superior del cuerpo para levantarse de una silla (Foye et al., 2020).

Se diagnostica la artrosis de cadera mediante la sintomatología clínica y por imágenes radiológicas, por la clasificación de Kellgren-Lawrence escala que va desde el grado 0 al 4, el diagnostico radiológico con esta clasificación se da a partir del grado 2, la asociación americana de reumatología utiliza criterios diagnósticos los cuales son, dolor de cadera, rotación interna de la cadera menor a 15 grados y velocidad

de eritrosedimentación menor o igual a 45 mm/h o flexión de cadera menor a 115 grados si no se dispone de velocidad de eritrosedimentación (Murphy et al., 2016).

El tratamiento inicial en la artrosis de cadera es la terapia no farmacológica la cual consta de cambios en el estilo de vida como la implementación de ejercicio no importando la intensidad. La pérdida de peso es trascendental aplicando se deberá de aplicar una dieta alimentaria, ya que el sobrepeso es un factor de riesgo para el desarrollo de artrosis, esta se empleará cuando el paciente tenga un índice de masa corporal mayor a 30 kg/mt². Se enfatiza en llevar a cabo prácticas de ejercicios de cuerpo y mente como el tai chi y yoga. La terapia cognitivo conductual ha demostrado mejoría en el dolor, el estado de ánimo y la capacidad funcional, en la artrosis esta terapia puede reducir el dolor, por último, de no conseguir alivio del dolor con estas prácticas se tendrá que migrar a la terapia farmacológica (Bannuru et al. 2019).

Los tratamientos no farmacológicos como los farmacológicos, se deberán de emplear juntos, los antiinflamatorios no esteroides (AINE) son la primera opción en el tratamiento de artrosis de cadera, el empleo de estos fármacos depende de las comorbilidades que el paciente presente, por ejemplo, si un paciente se encuentra bajo tratamiento anticoagulante, se le debe de dar un AINE inhibidor de la ciclooxigenasa-2 como el celecoxib, ya que este grupo de fármacos no aumenta el riesgo de sangrado. En pacientes quienes presenten dispepsia se utiliza un inhibidor de la bomba de protones y un AINE inhibidor de la ciclooxigenasa-2. Los pacientes con historia de úlcera péptica sangrante no se les debe de recetar ningún AINE. Se utilizará un AINE no selectivo como el paracetamol en personas quienes tienen nula tolerancia o contraindicación de cualquier otro AINE (Katz et al., 2021).

El uso tópico de AINE's no es aconsejable ya que la cadera es una articulación que se encuentra muy profunda como para asegurar que el fármaco penetrara hasta su localización. El uso de tramadol solo se aconseja tomar en caso de intolerancia a AINE's y no disponer de alguna opción quirúrgica, se enfatiza en dar un plan educacional extenso al paciente por la potencial adicción de este fármaco. Por último, en lo que ingestión oral refiere con anterioridad se recomendaba la ingesta de glucosamina, practica que en la actualidad se desaconseja (Kolasinski et al., 2020).

En caso de no conseguir alivio del dolor con la terapia farmacológica oral, se puede recurrir a las inyecciones intraarticulares con esteroides las cuales están fuertemente recomendadas por la asociación americana de cirujanos ortopédicos, esta práctica mejora el funcionamiento de la articulación y da alivio del dolor a corto

plazo, este alivio no va más allá de los 3 meses. Esta misma asociación aconseja fuertemente la no utilización de las inyecciones con ácido hialurónico (Rees, 2020).

Somarriva (2014) sostiene que a pesar de la extensa literatura acerca de la artrosis de cadera no existe aún un consenso acerca de cuándo es el momento oportuno para derivar a un paciente hacia el reemplazo articular. La principal indicación para el recambio articular en artrosis de cadera es de acuerdo con la sintomatología que presenta el paciente, es cuando se presenta una artrosis de cadera severa demostrada con una limitación en la funcionalidad diaria, dolor que no alivia y de forma radiológica por la escala de Kellgren-Lawrence grado 3-4. Los años no son una indicación quirúrgica pero los reemplazos articulares debido a la artrosis son más frecuentes en los pacientes de la tercera edad (Silveira et al., 2021).

El tratamiento quirúrgico que se utiliza en la artrosis de cadera es la artroplastia total de cadera y esta no debe realizarse en muchos entornos clínicos, incluidos, infección activa (local o sistémica), problemas médicos preexistentes graves, inmadurez esquelética, paraplejía o cuadriplejía y dolor persistente o irreversible en ausencia de debilidad muscular. Las contraindicaciones relativas son articulaciones neuropáticas (Charcot), incapacidad para caminar no relacionada con la enfermedad de la cadera per se, masa abductora de la cadera insuficiente, déficit neurológico progresivo y obesidad mórbida (González, 2015).

La artrosis es una patología no exclusiva del grupo etario de la tercera edad pero es donde con más frecuencia se diagnostica y se trata, el tratamiento se debe de tomar desde el punto de vista de que es una enfermedad crónico generativa y que estará presente junto a otras comorbilidades, por lo tanto la terapia deberá abarcar el día a día del paciente afectado, dando a entender que con esto se tendrán que hacer cambios en el estilo de vida con la implementación de ejercicio físico, tener un régimen alimenticio que le permita bajar peso, en conjunto con el tratamiento farmacológico, la cirugía articular se deberá de reservar para los casos en los que todas las opciones terapéuticas menos invasivas se han aplicado durante un periodo razonable y no han proporcionado un alivio adecuado de los síntomas (Hunter y Bierma et al., 2019).

Referencias

Bannuru, R., Osani, M., Vaysbrot, E., Arden, N., Bennell, K., Bierma Zeinstra, S., Kraus, V. B., Lohmander, L. S., Abbott, J. H., Bhandari, M., Blanco, F.J., Espinosa, R., Haugen, I.K., Lin, J., Mandl, L. A., Moilanen, E., Nakamura, N., Snyder Mackler, L., Trojian, T., ... McAlindon, T. E. (2019). OARSI guidelines

for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis And Cartilage*, 27(Issue 11), 1578-1589. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>

Ciampi de Andrade, E., Saaibi, D., Sarría, N., Vainstein, N., Cano Ruiz, L. y Espinosa, R. (2022). Assessing the burden of osteoarthritis in Latin American: a rapid evidence assessment. *Clinical Rheumatology*, 41, 1285- 1292. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-022-06063-9>

Foye, P., Stitik, T., Shah, V., Sajid, N., Gnana, J. y Bachoura, P. (2018). Hip osteoarthritis. En *Frontera*, W. R., Silver, J. K. y Rizzo, T. D (Eds), *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation* (4a ed., pp. 307-314). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54947-9.00055-9>

González Parada, C. (2015). Evolución de la indicación de artroplastia total de cadera y recambio de artroplastia total de cadera en Andalucía [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11735/TD_GONZALEZ_PARADA_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hunter, D. J. y Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet*, 393(Issue 10182), 1745-1759. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9)

Hunter, D. J., March, L. y Chew, M. (2020). Osteoarthritis in 2020 and beyond: a Lancet Commission. *The Lancet*, 396(Issue 10182), 1711-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32230-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32230-3)

Katz, J. N., Arant, K. R. y Loeser, R. (2021). Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: a review. *Journal of the American Medical Association*, 325(6), 568-578. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33560326/>

Kolasinski, S., Neogi, T., Hochberg, M., Oatis, C., Guyatt, G., Block, J., Callahan, L., Copenhaver, C., Dodge, C., Felson, D., Gellar, K., Harvey, F. M., Hawker, G., Herzig, E., Kwoh, C. K., Nelson, A. E., Samuels, J., Scanzello, C., White, D., ... Reston, J. (2020). 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis and Rheumatology*, 72(2), 220-233. <https://doi.org/10.1002/art.41142>

- Lespasio, M., Sultan, A., PiuZZi, N., Khlopas, A., Husni, M., Muschler, G. y Mont, M. (2018). Hip osteoarthritis: a primer. *The Permanente Journal*, 22(1), 17-084. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-084>
- Martínez del Campo Sánchez, A. M., Silva Chiang, S. y Benítez Garduño, R. (2013). Artroplastia total de cadera, rodilla, hombro, codo y tobillo. En Echeverría Zuno, S (ed), *Traumatología y ortopedia* (pp. 299). Editorial Alfil. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/04%20Traumatolog%C3%ADa%20y%20ortopedia-Interiores.pdf>
- Mayoral Rojals, V. (2021). Epidemiología, repercusión clínica y objetivos terapéuticos en la artrosis. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(Supl. 1), 4-10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000100004
- Mnatzaganian, G., Ryan, P., Reid, C. M., Davidson, D. C., y Hiller, J. E. (2013). Smoking and primary total hip or knee replacement due to osteoarthritis in 54,288 elderly men and women. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(Issue 1), 262. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-262>
- Murphy, N., Eyles, J. y Hunter, D. (2016). Hip osteoarthritis: etiopathogenesis and implications for management. *Advances in Therapy*, 33(11), 1921-1946. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0409-3>
- O'Neill, T. W., McCabe, P. S. y McBeth, J. (2018) "Update on the epidemiology, risk factors and disease outcomes of osteoarthritis," *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 32(Issue 2), 312–326. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.10.007>.
- Rees, H. (2020). Management of osteoarthritis of the hip. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 28(Issue 7), 288-291. <https://doi.org/10.5435/jaaos-d-19-00416>
- Santiago, M. S., Aidar, F. J., Dos Santos Moraes, T. L., de Farias Neto, J. P., Vieira Filho, M. C., de Vasconcelos, D. P., Leite, V. S., Doria, F. M., Sobral Porto, E., Albuquerque Madruga, R., de Azevedo, D., Barreto, A. P., Gomes, M. V., de Almeida-Neto, P. F., de Araújo Tinôco Cabral, B. G., y da Silva Júnior, W. M. (2021). The Management between Comorbidities and Pain Level with Physical Activity in Individuals with Hip Osteoarthritis with Surgical Indication: A

Cross-Sectional Study. Medicina (Kaunas), 57(Issue 9), 890. <https://doi.org/10.3390/medicina57090890>

Somarriva, L. M. (2014). Cuando indicar una prótesis total de cadera. Revista Médica Clínica Las Condes, 25(5), 765-767. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cuando-indicar-una-protesis-total-S0716864014701051>

Sobre el autor José Manuel de Jesús Campos López

Es Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala del Centro Universitario de Oriente, Médico interno en Hospital Nicolasa Cruz, Jalapa, Guatemala.

Financiamiento de la investigación

Con recursos propios.

Declaración de intereses

Declara no tener ningún conflicto de intereses, que puedan haber influido en los resultados obtenidos o las interpretaciones propuestas.

Declaración de consentimiento informado

El estudio se realizó respetando el Código de ética y buenas prácticas editoriales de publicación.

Copyright (c) 2023 por José Manuel de Jesús Campos López



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de **atribución**: usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.