

EVIDENCIA vs EXPERIENCIA

DOLOR 2007;22:150-6

Artrosis de manos

A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA

RESUMEN

La artrosis es una enfermedad crónica degenerativa caracterizada por la progresiva pérdida del cartílago articular, con procesos de reparación a cargo de fibrocartílago poco funcional, formación de hueso subcondral (esclerosis), formación de quistes óseos, aposición de cartílago y hueso en los márgenes articulares (osteófitos) y grados variables de sinovitis secundaria. Estas alteraciones estructurales (factores patoanatómicos y patofisiológicos) pueden inducir además el desarrollo de otras como: alteraciones meniscales, alteraciones capsuloligamentosas, contracturas articulares, daño de mecanorreceptores, mal alineamiento y atrofia muscular. La artrosis es la enfermedad del aparato locomotor más frecuente en todo el mundo, tanto que realmente puede afirmarse que es una enfermedad universal, que afecta a los dos sexos y todos los grupos étnicos. En mujeres mayores de 65 años puede ser la enfermedad médica crónica más frecuente. Aun así, se espera que la prevalencia de la enfermedad aumente sustancialmente en países occidentales debido al envejecimiento progresivo de la población. En el caso específico de la artrosis de la mano, posee una predisposición genética que hace que en la misma se encuentre una agregación familiar, con una prevalencia mayor en el sexo femenino, aunque también se encuentran

ABSTRACT

Osteoarthritis is a chronic degenerative disease characterised by the progressive loss of joint cartilage, with repair processes involving rather impractical fibrocartilage, formation of subchondral bone (sclerosis), formation of bone cysts, the accumulation of cartilage and bone on the joint edges (osteophytes) and variable degrees of secondary synovitis. These structural alterations (patho-anatomical and pathophysiological factors) may in turn induce the development of others such as: meniscal disorders, capsuloligamentous disorders, joint contractures, mechanoreceptor damage, misalignment and muscular atrophy. Osteoarthritis is the most common disease of the locomotor apparatus in the world, in that it can be considered a universal disease, one that affects both sexes and all ethnic groups. In women over 65 years of age it may be the most common chronic medical disease. Nevertheless, the prevalence of the disease is expected to increase substantially in western countries due to progressive ageing of the population. In the specific case of osteoarthritis of the hand, there is a genetic susceptibility, meaning that there are family groupings, with greater prevalence in females, although other susceptibility factors are also involved including: hyperlaxity, obesity, osteoporosis, cigarette smoking and sedentarism, low

Consultor de Medicina Interna
Jefe Clínico de Reumatología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Profesor Asociado de Reumatología
Departamento de Medicina
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona
Profesor de Reumatología
Departamento de Fisioterapia
Universidad Ramón Llull
Barcelona

Dirección para correspondencia:

Arturo Rodríguez de la Serna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Servicio de Medicina Interna
Mas Casanovas, 90
08025 Barcelona
E-mail: arodriguezs@santpau.es

implicados otros factores predisponentes como: hiperlaxitud, obesidad, osteoporosis, hábito de fumar y sedentarismo, con una masa muscular pobre; esto último íntimamente relacionado con los cambios hormonales y la menopausia en la mujer.

Las recomendaciones terapéuticas actuales para la artrosis de la mano incluyen:

- Adaptación a cada paciente individual.
- Combinar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Analgésicos orales y antiinflamatorios en los episodios más agudos.

Lo más importante en la artrosis de la mano es iniciar un tratamiento de fondo temprano. En el momento actual la utilización de condroitín sulfato como tratamiento de fondo está reconocido por la evidencia, y existen numerosas investigaciones sobre su papel actual y futuro en la artrosis.

Se describe un caso clínico de una paciente con artrosis de manos y buena respuesta clínica a condroitín.

Palabras clave: Artrosis de manos. Psoriasis. SYSADOA. Condroitín sulfato.

muscle mass, the latter being closely related to hormonal changes and menopause in woman. Current therapeutic recommendations for osteoarthritis of the hand include:

- Adaptation to each individual patient
- Combine pharmacological and non-pharmacological treatments
- Oral analgesics and anti-inflammatory drugs during more acute episodes

The most important aspect of osteoarthritis of the hand is to initiate early, far-reaching treatment. At present the use of chondroitin sulphate as in-depth treatment is supported by evidence, and there are numerous research projects being carried out on its current and future role in osteoarthritis.

Case report of a patient with osteoarthritis of the hand and good clinical response to chondroitin. (DOL 2007;22:150-6)

Corresponding author: Arturo Rodríguez de la Serna, arodriguezs@santpau.es

Key words: Hand osteoarthritis. Psoriasis. SYSADOA. Chondroitin sulfate.

INTRODUCCIÓN

La artrosis es una enfermedad crónica degenerativa caracterizada por la progresiva pérdida del cartílago articular, con procesos de reparación a cargo de fibrocartílago poco funcional, formación de hueso subcondral (esclerosis), formación de quistes óseos, aposición de cartílago y hueso en los márgenes articulares (osteófitos) y grados variables de sinovitis secundaria. Estas alteraciones estructurales (factores patoanatómicos y patofisiológicos) pueden inducir, además, el desarrollo de otras como: alteraciones meniscales, alteraciones capsuloligamentosas, contracturas articulares, daño de mecanorreceptores, mal alineamiento, atrofia muscular con deterioro de la estabilidad y alteraciones en la marcha, que a su vez pueden tener un efecto sobre aquéllas.

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

La artrosis es la enfermedad del aparato locomotor más frecuente en todo el mundo, tanto que realmente puede afirmarse que es una enfermedad universal, que afecta a los dos sexos y a todos los grupos étnicos. En mujeres mayores de 65 años puede ser la enfermedad médica crónica más frecuente. Aun así, se espera que la prevalencia de la enfermedad aumente sustancialmente en países occidentales debido al envejecimiento progresivo de la población. Mujeres y hombres están predispuestos de forma similar al padecimiento de artrosis, pero en mujeres se produce afectación de un mayor número de articulaciones. Consecuentemente, la forma generalizada se observa más frecuentemente en mujeres que en hombres. Se sugiere que antes de los 50 años de edad la prevalencia e incidencia

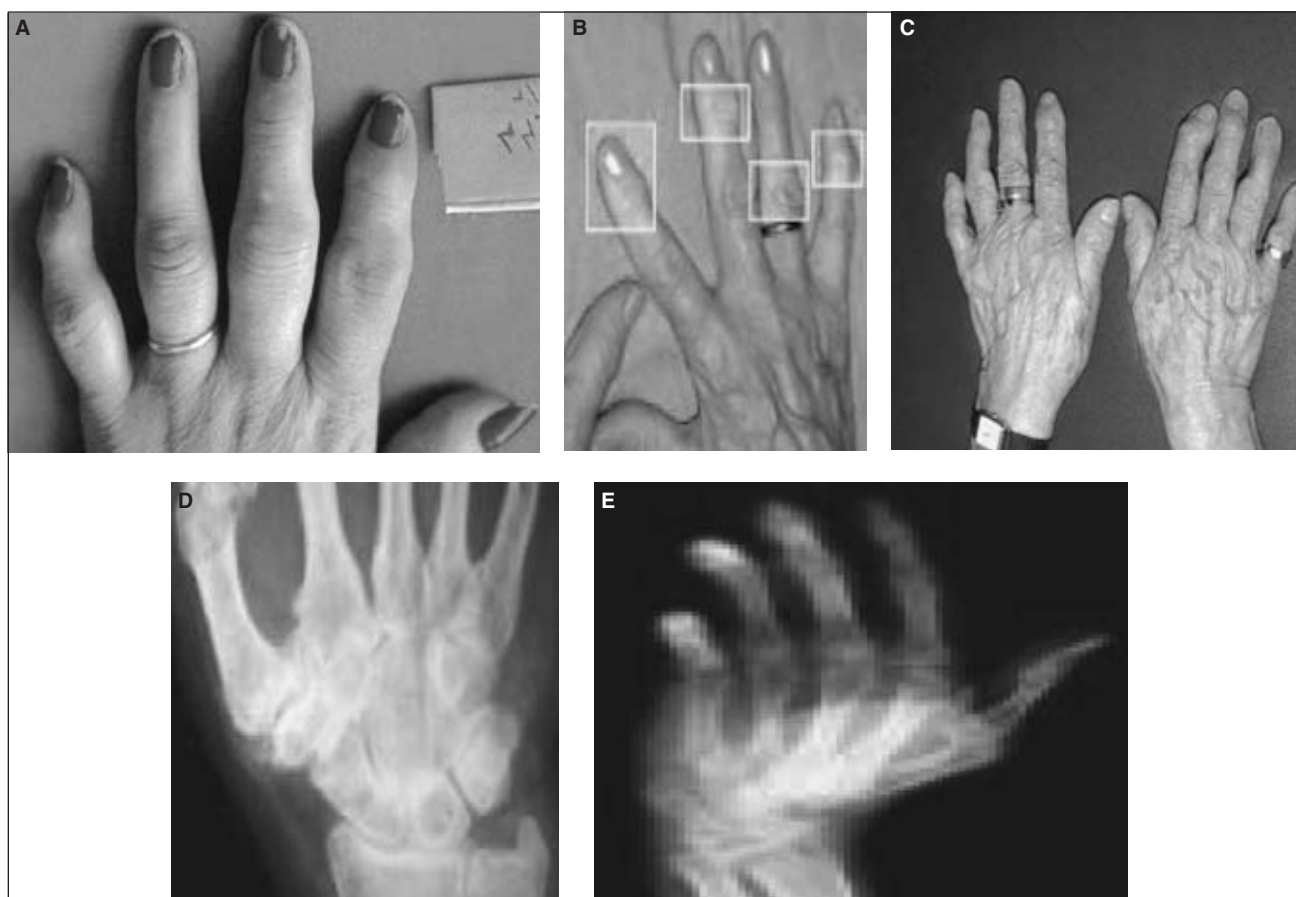


Figura 1. Deformidad e invalidez en las manos. **A:** fotografía de la mano de una paciente (se trata de una mujer; nótese la pintura de las uñas) con artrosis, donde destaca la deformidad del dedo meñique, en el que se observa un aumento del tamaño de la articulación interfalángica distal (nódulo de Heberden) y también la deformidad de la articulación interfalángica proximal del dedo índice (nódulo de Bouchard) que está asimétrica con la interfalángica distal. **B:** los recuadros destacan la presencia de deformidad en las articulaciones interfalángicas distales de los dedos índice, medio y meñique, y de la interfalángica proximal del dedo anular, demostrando el carácter asimétrico y caprichoso de la afectación articular en la artrosis de las manos. En el dedo índice se destaca la discreta afectación ungueal, por defecto de formación de la uña, como consecuencia del proceso inflamatorio en la articulación interfalángica distal, próximo al lugar de nacimiento de la uña, pero totalmente diferente del que se observa en la artropatía psoriásica. **C:** caso avanzado de artrosis de las manos, de una persona anciana; nótese la rugosidad de la piel en ambas manos, en las cuales se encuentran afectadas las articulaciones interfalángicas proximales y distales, pero también las articulaciones trapezometacarpianas (de ambos pulgares), con deformidad de las mismas, y anquilosis, como se observa al no poder despegar el pulgar claramente de la mano. Esto tiene una especial trascendencia funcional, pues impide realizar con toda su amplitud el movimiento de la pinza, y dificulta las habilidades de prensión (agarrar una taza, etc.). Nótese, asimismo, la deformidad en el dedo índice de la mano derecha, de la articulación interfalángica distal, que produce una desviación de la última falange, por la afectación asimétrica articular que caracteriza al proceso. **D:** radiografía de un carpo en que resalta la afectación de la articulación trapezometacarpiana, como señalamos en la 1 C. **E:** difuminación de una radiografía de la mano en que destaca cómo, en algunos procesos artrósicos de grado muy avanzado, puede llegar a existir una gran deformidad, que a simple vista se confunde con una artritis reumatoide.

de artrosis son mayores en hombres que en mujeres, probablemente debido a una mayor exposición a factores de riesgo biomecánicos entre ellos. Esta tendencia, sin embargo, se invierte en las décadas subsiguientes, quizá en relación con la deficiencia estrogénica posmenopáusica, e incrementándose con la edad la diferencia entre mujeres y hombres.

ARTROSIS DE MANO

En el caso específico de la artrosis de la mano, posee una predisposición genética, que hace que en la misma se encuentre una agregación familiar, con una prevalencia mayor en el sexo femenino, aunque tam-

bién se encuentran implicados otros factores predisponentes como: hiperlaxitud, obesidad, osteoporosis, hábito de fumar y sedentarismo, con una masa muscular pobre, esto último íntimamente relacionado con los cambios hormonales y la menopausia en la mujer. A menudo estos pacientes manifiestan signos clínicos de inflamación en las articulaciones, pero además la artrosis en las manos puede afectar tanto a las articulaciones interfalángicas proximales como distales, y también con mucha frecuencia afecta a las articulaciones trapeziometacarpianas, y puede llegar a ser objeto de gran deformidad e invalidez en las manos (Fig. 1).

En el proceso diagnóstico de la artrosis en el momento actual, existe la impresión general de que se trata de una enfermedad que siempre es generalizada, y que una vez que se produce en una articulación existen factores sistémicos que conducen a la afectación de otras articulaciones; sin embargo, la presentación clínica de la artrosis puede ser extraordinariamente variable, y de una gran lentitud en su evolución en determinadas personas, por lo cual puede aparecer como una enfermedad monoarticular durante muchos años o incluso no llegar a afectar sino solamente a una o muy pocas articulaciones (artrosis oligoarticular).

No obstante lo anterior, habría que destacar que muchas veces, en estas artrosis monoarticulares, lo que ocurre es que existe un factor mecánico predisponente, y que el mismo favorece una destrucción acelerada del cartílago, sólo de esta articulación, y entonces estamos mezclando lo que sería una enfermedad artrósica producida por la confluencia de factores genéticos, ambientales y locales, como se describe en el caso clínico a continuación, con una artrosis erosiva de las manos, también denominada artrosis inflamatoria, y una auténtica enfermedad médica, con ese otro tipo de destrucción articular por pérdida del cartílago secundario a traumatismo o malformación mecánica, que predispone a un desgaste temprano y acelerado del cartílago por mala utilización del mismo, como ahora sabemos que ocurre en el síndrome del choque acetabular, que predispone a la aparición de artrosis de la cadera, en personas jóvenes y especialmente en deportistas con actividad deportiva de carga o traumatismos repetidos.

Queda por saber si, una vez establecida esta artrosis mecánica, la afectación articular libera mediadores que pongan en marcha y predispongan a que el proceso se generalice y pase a convertirse en una auténtica enfermedad artrósica, como la anterior.

En un intento por distinguir estos diferentes procesos desde el punto de vista clínico, para mejorar su manejo y tratamiento, se establecen diferentes clasificaciones de artrosis: localizada, generalizada, poliarticular, erosiva, inflamatoria, etc., sin que se puedan establecer cambios estructurales y patogenéticos diferentes entre ellas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

En el caso clínico que se describe a continuación, de una paciente femenina, con artrosis de las manos, es muy importante establecer el diagnóstico diferencial con la artropatía psoriásica.

La artropatía psoriásica es la asociación de psoriasis cutánea con manifestaciones osteoarticulares.

Dependiendo del tipo de esta afectación se establecen distintas categorías, y clásicamente se distinguen cinco subtipos de asociación entre psoriasis y enfermedad osteoarticular:

- Forma oligoarticular.
- Forma con afectación de las interfalángicas distales.
- Forma poliarticular.
- Forma espondilítica.
- Forma mutilante.

De todas ellas la forma con afectación de las interfalángicas distales se caracteriza por producirse una artritis de las mismas, de carácter muy erosivo, y que conduce a la presencia de dolor e inflamación en todas ellas, casi siempre coincidiendo con la afectación ungueal de la psoriasis. Esta inflamación crónica y destructiva lleva a la pérdida del cartílago articular y a un pinzamiento del espacio articular –lo cual desarrolla una artrosis secundaria y, por lo tanto, una proliferación ósea del hueso subcondral, similar a lo que ocurre en la artrosis–, y a la aparición clínica de nódulos de Heberden, que se confunden con los de la artrosis.

La forma más importante de distinguir ambos procesos es la presencia o ausencia de psoriasis cutánea, de ahí la insistencia en preguntar a la paciente sobre antecedentes de enfermedades de la piel en su familia o en ella misma.



Figura 2. Artropatía psoriásica. **A:** fotografía de unas manos de una paciente afectada por artropatía psoriásica. Se trata de la forma con afectación de las interfalángicas distales según los cinco subtipos descritos (véase texto). En este caso se caracteriza porque, concomitantemente con la inflamación y deformidad de las articulaciones, se acompaña de destrucción y deformidad de las uñas, pero, a diferencia de lo que ocurre en la artrosis, en este caso es por afectación primaria de las mismas por la enfermedad. **B:** fotografía de una afectación ungüeal por psoriasis, en grado inicial, en que se produce una pérdida de la lisura de la uña, que aparece como rugosa por la presencia de líneas longitudinales, que forman canales entre ellas. **C:** onicólisis psoriásica. Se trata de un caso más avanzado de afectación ungüeal por la psoriasis, en el cual se produce una destrucción total de la uña. Adopta un aspecto desagradable, y obliga a descartar la afectación ungüeal por hongos (onicomicosis). Es en estos casos cuando se suele acompañar de artropatía, que afecta a las articulaciones interfalángicas distales y obliga al diagnóstico diferencial con la artrosis (véase texto).

Queda por aclarar si un paciente con psoriasis cutánea puede desarrollar una enfermedad artrósica de las manos, sin que sea una verdadera artritis psoriásica como la descrita.

Es probable que esto conlleve una dificultad añadida al diagnóstico diferencial de estos procesos, pero finalmente las características radiológicas más espe-

cíficas de la artritis psoriásica, el componente inflamatorio y la evolución permitan a un especialista con conocimiento del tema distinguir ambos procesos (Fig. 2).

La importancia de esta distinción no se basa solamente en términos académicos, sino en que la actitud terapéutica es muy diferente.

TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento en el caso de la artrosis es conservar la integridad del cartílago hialino.

Probablemente el final feliz esté en la consecución de una inversión entre el proceso catabólico y anabólico, a favor del segundo, consiguiéndose una neoformación cartilaginosa y un proceso de reparación del daño ocasionado.

Existen multitud de guías y recomendaciones, casi siempre dirigidas a alguna articulación determinada, aunque globalmente no difieren unas de otras.

La presencia de un factor predisponente mecánico, la hiperlaxitud o la obesidad, requieren un tratamiento preventivo temprano.

Como recomendaciones terapéuticas generales se especifica:

- El tratamiento de la artrosis de las manos debe ser adaptado a cada paciente individual.
- El tratamiento óptimo combina tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- El paracetamol, si es eficaz, es el analgésico oral de preferencia en tratamientos a largo plazo.
- Los AINE (orales o tópicos) se usan en pacientes que no responden a paracetamol o con derrame sinovial.

Lo importante en la artrosis es iniciar un tratamiento de fondo temprano, cuyo objetivo es retrasar la progresión de la enfermedad.

Los fármacos con estas características son clasificados como SYSADOAs:

- SYSADOA (*SY*mmptomatic *Sl*ow *Act*ing *Dr*ugs for *O*steo*Ar*thritis): mejoran el dolor y la función después de 1-2 meses de tratamiento, pero persisten sus beneficios después de suspender el mismo.

Dentro de este grupo se incluyen:

- Glucosamina.
- Condroitín sulfato.

- Ácido hialurónico.
- Diacereína.
- Lavado articular.

En conclusión las recomendaciones terapéuticas actuales para la artrosis de la mano incluyen:

- Adaptación a cada paciente individual.
- Combinar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Analgésicos orales y antiinflamatorios en los episodios más agudos.
- Lo más importante en la artrosis de la mano es iniciar un tratamiento de fondo temprano, cuyo objetivo es retrasar la progresión de la enfermedad. En el momento actual la utilización de condroitín sulfato como tratamiento de fondo está reconocido por la evidencia y existen numerosas investigaciones sobre su papel actual y futuro en la artrosis.

BIBLIOGRAFÍA

- Carroll GJ. Polyarticular osteoarthritis: two major phenotypes hypothesized. *Med Hypotheses* 2005.
- Mahajan A, Verma S, Tandon V. Osteoarthritis. *J Assoc Physicians India* 2005;53:634-41.
- Cimmino MA, Sarzi-Puttini P, Scarpa R, et al. Clinical presentation of osteoarthritis in general practice: determinants of pain in Italian patients in the AMICA study. *Semin Arthritis Rheum* 2005 Suppl 1:17-23.
- Mulero Mendoza J. Pharmacological treatment of osteoarthritis. Expectations and reality. *Rev Clin Esp* 2005;205:168-71.
- Gunther KP, Sturmer T, Sauerland S, et al. Prevalence of generalised osteoarthritis in patients with advanced hip and knee osteoarthritis: the Ulm Osteoarthritis study. *Ann Rheum Dis* 1998;57:717-23.
- Cicuttini FM, Baker J, Hart DJ, Spector TD. Relation between Heberden's nodes and distal interphalangeal joint osteophytes and their role as markers of generalised disease. *Ann Rheum Dis* 1998;57:246-8.
- Cooper C, Egger P, Coggon D, et al. Generalized osteoarthritis in women: pattern of joint involvement and approaches to definition for epidemiological studies. *J Rheumatol* 1996;23:1938-42.
- Verbruggen G, Goemaere S, Veys EM. Chondroitin sulfate: S/DMAOD (structure/disease modifying anti-osteoarthritis drug) in the treatment of finger joint OA. *Osteoarthritis Cartilage* 1998;Suppl A:37-8.
- Volpi N. The pathobiology of osteoarthritis and the rationale for using the chondroitin sulfate for its treatment. *Curr Drug Targets Immune Endocr Metabol Disord* 2004;4:119-27.
- Deal CL, Moskowitz RW. Nutraceuticals as therapeutic agents in osteoarthritis. The role of glucosamine, chondroitin sulfate, and collagen hydrolysate. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25:379-95.
- Hochberg MC, Dougados M. Pharmacological therapy of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2001;15:583-93.
- Reginster JY, Bruyere O, Henrotin Y. New perspectives in the management of osteoarthritis. Structure modification: facts or fantasy? *J Rheumatol Suppl* 2003;67:14-20.
- Rogers J, Shepstone L, Dieppe P. Is osteoarthritis a systemic disorder of bone? *Arthritis Rheum* 2004;50:452-7.
- Cooper C, Egger P, Coggon D, et al. Generalized osteoarthritis in women: pattern of joint involvement and approaches to definition for epidemiological studies. *J Rheumatol* 1996;23:1938-42.

CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 42 años, sin antecedentes patológicos de interés, salvo la presencia de artrosis con deformidad en las manos, tanto en su abuela materna como en su madre.

No existen otras enfermedades familiares ni personales, y no refieren afectaciones cutáneas ni en la paciente ni en la familia.

Consulta por dolor en ambas manos, de 1 año de evolución, que inicialmente la paciente relacionó con hiperactividad por trabajar como administrativa y teclear mucho con el ordenador.

Al poco tiempo notó dolor e inflamación en algunas articulaciones interfalángicas distales, que además estaban rojas y calientes, y la despertaban en la madrugada con dolor, y rápidamente tendieron a deformarse; esto le recordó lo que había ocurrido con las manos de su madre, aunque le parecía que la edad de ésta era mayor que la que ella tenía ahora cuando le ocurrió.

Paralelamente notó alguna alteración en las uñas, donde se le habían afectado las articulaciones.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Por todos estos motivos decidió acudir al médico de cabecera, quien, al contarle lo ocurrido y los antecedentes familiares, pensó que sería mejor que la visitara un especialista en reumatología.

Cuando éste la visitó por primera vez y le comentó lo que le ocurría, insistió en preguntarle por alteraciones a nivel de la piel, y especialmente en el cuero cabelludo y en las zonas de los codos y las rodillas, así como por detrás de los pabellones auriculares; la paciente refirió no haber notado nada, y también fue normal la exploración que le realizó el especialista, salvo por la pequeña deformidad en las uñas, cuyas articulaciones interfalángicas distales estaban afectadas, con nódulos de Heberden.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Finalmente, decidió realizar unas radiografías de las manos y unos análisis, el resultado de los cuales demostró una alteración asimétrica en las articulaciones interfalángicas distales, en forma de pérdida del espacio articular y presencia de algunos pequeños osteófitos, y esclerosis del hueso subcondral. En los resultados de los análisis destacó que todo era normal, que las pruebas reumáticas eran todas negativas, con excepción de unos anticuerpos antinucleares con títulos bajos, y una proteína C reactiva discretamente elevada sobre lo normal.

DISCUSIÓN

Entonces el especialista le explicó que se trataba de una forma de artrosis que afecta principalmente a las manos, con carácter familiar (en especial las mujeres), y deforma las manos y los dedos de las últimas falanges (articulaciones interfalángicas distales y proximales) y puede llegar a causar una importante alteración. Refirió que era obligatorio descartar la presencia de psoriasis, pues cuando ésta afecta a las manos lo puede hacer de forma muy parecida, y que este tipo de artrosis se acompaña de fenómenos inflamatorios locales, lo cual explica la elevación discreta de la proteína C reactiva.

TRATAMIENTO

Asimismo le explicó con detalle la necesidad de iniciar un tratamiento temprano, con unos medicamentos que se denominan SYSADOA, y que están especialmente indicados en estos casos, porque disminuyen la inflamación, frenan el proceso de evolución de la enfermedad y mejoran el dolor, al mismo nivel que los antiinflamatorios, pero que a diferencia de éstos no producen efectos secundarios, y no atacan ni al aparato digestivo ni al riñón.

De esta forma le prescribió un tratamiento con condroitín sulfato que la paciente toma desde entonces, con una importante mejoría, y sobre todo con una gran seguridad, pues no ha presentado ninguna molestia de estómago ni ningún otro efecto adverso.