

# GUÍA CLÍNICA OSTEOARTRITIS DE MANO

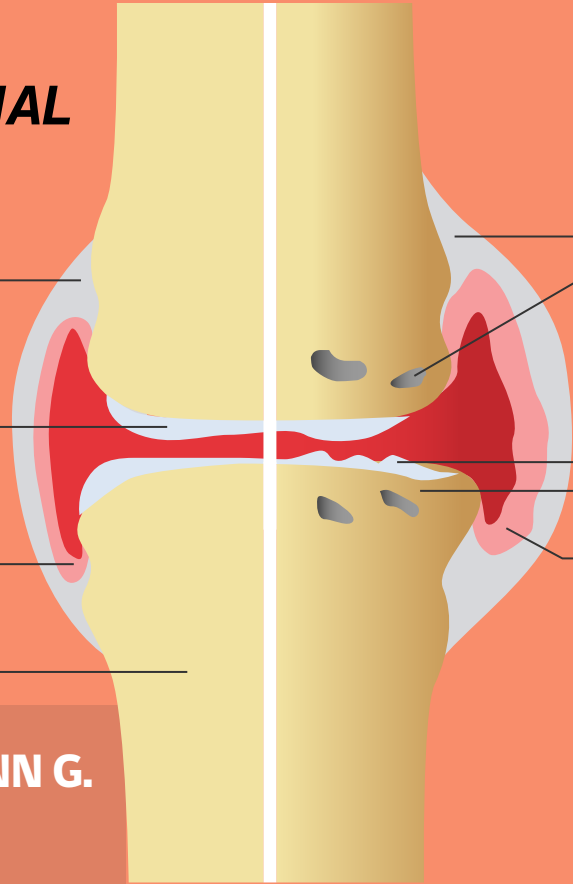
## ARTROSIS CUADRO COMPARATIVO

### NORMAL

CÁPSULA  
CARTÍLAGO  
SINOVIAL  
HUESO

### ARTROSIS

ENGROSAMIENTO DE LA CÁPSULA  
DAÑO DEL CARTÍLAGO  
DAÑO DEL HUESO  
INFLAMACIÓN DE SINOVIAL



**DR. JUAN PABLO RIEDEMANN G.**  
MÉDICO REUMATÓLOGO.

## INTRODUCCION

La osteoartritis (OA), previamente conocida como "artrosis", por mucho tiempo se pensó que era consecuencia natural del envejecimiento, considerándola una enfermedad "degenerativa". Hoy se conoce que la OA es una enfermedad multifactorial, donde participan la genética, las características anatómicas de la articulación, el tipo de actividad, inflamación local, las fuerzas mecánicas y los procesos celulares y bioquímicos.





En la mayoría de los pacientes, la OA está relacionada con uno o más factores, como el envejecimiento, la ocupación, el trauma y las pequeñas agresiones repetitivas de la articulación a lo largo del tiempo. Si bien la OA puede afectar numerosas articulaciones, estas asociaciones son más fuertes para OA de la rodilla y la mano y menos fuertes para la cadera. No se sabe como estos factores interactúan con la genética.

## OSTEO ARTROSIS



## FACTORES DE RIESGO

Numerosos factores han sido asociados con la aparición de OA. Entre ellos se señalan la edad, el ser mujer, la obesidad, las alteraciones de la biomecánica articular, el tipo de ocupación, las actividades deportivas, lesiones previas, debilidad muscular, genética, enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio, ausencia de osteoporosis.

Entre ellos, la edad es uno de los factores de mayor peso y estudios epidemiológicos han demostrado una prevalencia de menos de 0,1% en menores de 34 años y más de 80% en mayores de 55 años. En cuanto al sexo, se ha estimado que las mujeres tienen de 2 a 3 veces mayor probabilidad de desarrollar artrosis.

El principal factor de riesgo modificable es la obesidad. En el caso de la OA de caderas y rodillas ello resulta de fácil comprensión, pero en el caso de las manos, si bien el mecanismo no está aclarado, se sabe que la obesidad se asocia a un aumento en el riesgo relativo de 3 veces. Del mismo modo, se ha demostrado que el bajar de peso reduce el riesgo.



# FACTORES ARTROSIS

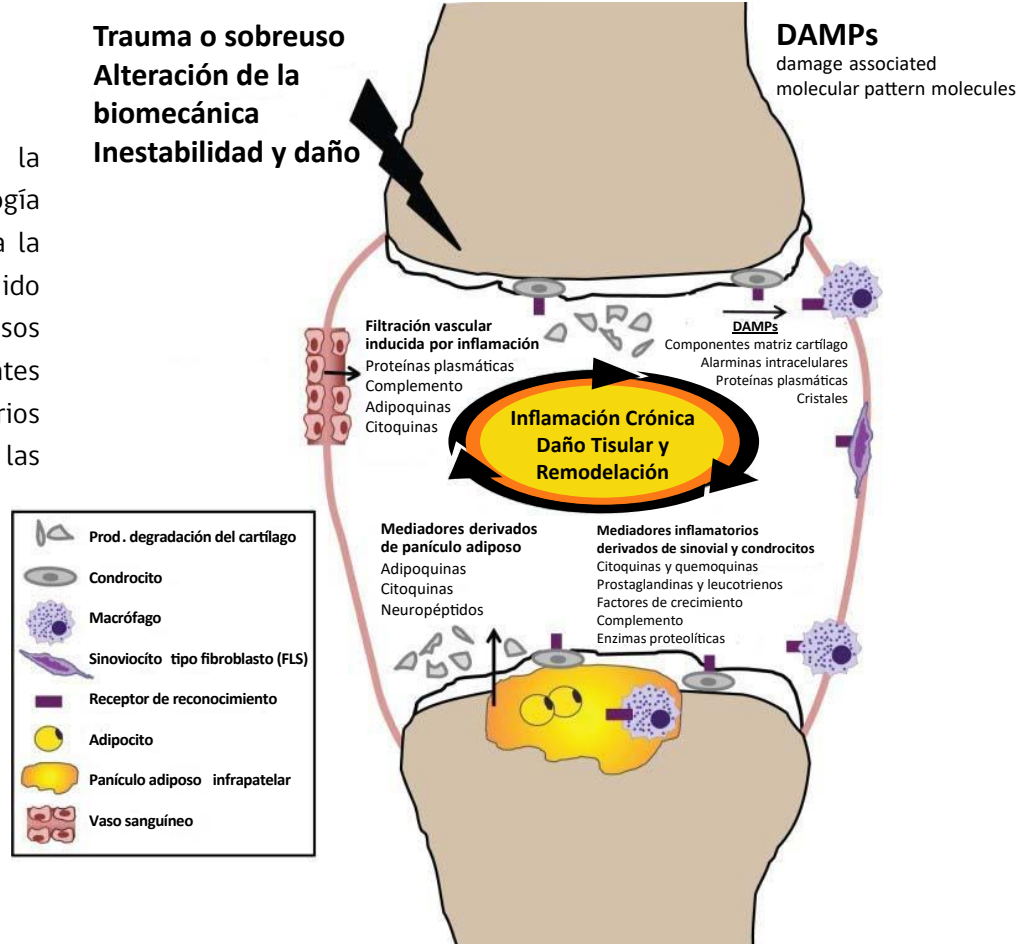
- OBESIDAD
- ACTIVIDAD
- HISTORIA FAMILIAR GENÉTICA
- TRAUMA
- DISPLASIA ARTICULAR
- DAÑO ARTICULAR
- DAÑO ÓSEO
- SEXO
- AUMENTO EN EDAD

## ETIOPATOGENIA

Por largo tiempo se consideró la osteoartritis como una patología meramente degenerativa asociada a la edad. Progresivamente se ha ido conociendo detalles de los procesos involucrados, donde diferentes mecanismos y mediadores inflamatorios participan de la generación de las manifestaciones clínicas y daño.

**Trauma o sobreuso**  
**Alteración de la biomecánica**  
**Inestabilidad y daño**

**DAMPs**  
damage associated molecular pattern molecules





## MANIFESTACIONES CLINICAS

En las manos, las articulaciones más comprometidas son la 1era carpo metacarpiana (CMC), las interfalángicas distales (IFD) y las interfalángicas proximales (IFP).

El síntoma fundamental de la OA de manos es el dolor. Existen algunos pacientes que notan engrosamiento progresivo de algunas articulaciones de las manos sin mayores molestias, pero ellos son los menos.

El dolor es de intensidad variable y su patrón temporal también varía. Típicamente el dolor es mayor al inicio del día o luego de periodos de inactividad. Suele acompañarse de sensación de rigidez o torpeza que dura algunos minutos y siempre menos de 1 hora.

Las molestias (dolor y rigidez) van cediendo en la medida que la persona inicia sus actividades y con habitualmente tienen pocas molestias durante el día.



Si bien en la **patogenia de la osteoartritis participan procesos inflamatorios**, la presencia de inflamación clínica en las articulaciones de las manos es poco llamativa o inexistente. Es necesario señalar que existe una forma poco frecuente de osteoartritis inflamatoria, en que se acompaña de inflamación clínica y erosiones articulares, que requiere el diagnóstico diferencial con otras artropatías inflamatorias como la Artritis reumatoide o la artropatía psoriática (excepto etapas avanzadas).



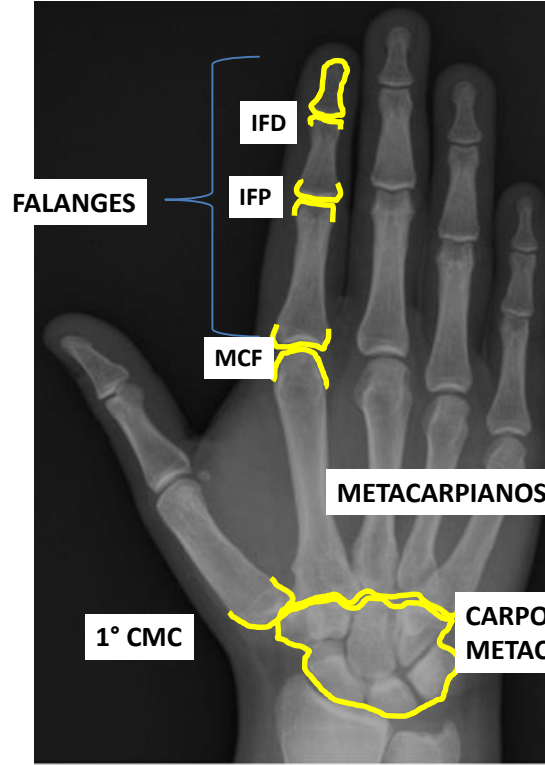
## DIAGNOSTICO

Habitualmente el diagnóstico es clínico y no se requieren exámenes de laboratorio. En el caso de duda diagnóstica con alguna artropatía inflamatoria, la medición de reactantes de fase aguda (VHS y PCR) pueden ser de utilidad.

**La radiografía convencional es la modalidad de imágenes más utilizada en OA.** Permite la detección de las características de la OA: osteofitos marginales, estrechamiento del espacio articular, la esclerosis subcondral y los quistes subcondrales o geodas. La radiografía de manos no es parte de los exámenes requeridos, particularmente en fases iniciales. Su utilidad puede estar dada en casos de duda diagnóstica (artropatías inflamatorias) o para tener un elemento basal de comparación que permita evaluar la evolución de la enfermedad.



Es importante recordar que, los cambios radiográficos en OA son poco sensibles, especialmente en etapas tempranas. Por otro lado, la correlación con los síntomas es pobre y con frecuencia se observa el hallazgo de alteraciones compatibles con OA en personas mayores asintomáticas.



IFD: Interfalángicas distales

IFP: Interfalángicas proximales

MCP: metacarpo falángicas

## CAMBIOS RADIOGRÁFICOS





## OSTEOARTRITIS EROSIVA





## CRITERIOS DE CLASIFICACION

Si bien no corresponden a criterios diagnósticos, con frecuencia los criterios de clasificación (de uso principal en investigación) dan una orientación clínica.

En el caso de la OA de manos los criterios son:

### **Criterios de Clasificación OA MANOS:**

#### **1.- Paciente puede clasificarse como OA clínica si, en el examen:**

- hay un aumento de tejido duro que implica al menos 2 de 10 articulaciones seleccionadas,
- hinchazón en menos de 3 articulaciones MCF y
- engrosamiento de tejido duro de al menos 2 articulaciones IFD.

#### **2.- Si el paciente tiene menos de 2 articulaciones IFD agrandadas, entonces es necesaria una deformidad de al menos 1 de las 10 articulaciones seleccionadas para clasificar los síntomas como debidos a OA.**

(Las 10 articulaciones seleccionadas son la 2º y 3º IFD, la 2º y 3º IFP, y las 1º CMC (base del pulgar) de ambas manos).

## TRATAMIENTO

En el éxito del tratamiento es clave el involucramiento del paciente que debe entender que es el primer responsable de los resultados de su tratamiento.

Adicionalmente, es clave tener claridad de cuáles son los objetivos terapéuticos y compartirlos con el paciente.

Los 3 principales son:

- 1) CONTROLAR LOS SÍNTOMAS (DOLOR)**
- 2) EVITAR O MINIMIZAR LA PROGRESIÓN**
- 3) MANTENER LA FUNCIONALIDAD**





## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

En la medida que los objetivos estén explicitados y sean conocidos por el paciente, se evitan confusiones y frustración por errores conceptuales o de expectativas no cumplibles.

## MEDIDAS GENERALES

La educación del paciente sobre que enfermedad tiene, cuales son sus características, como puede participar en su tratamiento, que esperar de el, etc., son claves en el proceso. Si el paciente tiene sobre peso es recomendable educar al respecto y derivar para consejo nutricional.

Estimular el desarrollo de actividad física, evitar el sedentarismo.

En aquellos que tengan actividades repetitivas, estimular la instauración de breves periodos de descanso intercalados.

## MANEJO DEL DOLOR

Se pueden probar medidas físicas como frio y/o calor. La respuesta de los pacientes es individual y lo ideal es que ellos descubran lo más efectivo en su caso.

En cuanto al uso de fármacos, recordar siempre que muchos de estos pacientes tienen otras patologías y usan otros fármacos.

Cuando sea posible para el paciente, la primera opción farmacológica debería ser el uso de AINEs tópicos. Si bien existe alguna controversia, el pilar fundamental es la analgesia simple con paracetamol, el que puede ser usado entre 1,5 a 3 gramos diarios. Lo ideal es la administración regular y no como "salvavidas" (cuando el paciente está con dolor extremo).

En pacientes que no respondan al paracetamol usado de manera correcta y no tengan contraindicaciones específicas, se puede utilizar AINEs.

En cuanto a su uso, se debe considerar la menor dosis efectiva y por el menor tiempo necesario. Si tiene riesgo GI aumentado, utilizar coxibs o AINEs tradicionales adicionados a un inhibidor de la bomba de protones.



Considerando la relativa alta incidencia de defectos colaterales, como somnolencia, mareos y náuseas, especialmente en adultos mayores, no se recomienda el uso de opioides (tramadol). En el caso de usarlos, considerarlo solo cuando otras opciones han fallado, en la menor dosis y tiempo posible.

Estas guías son una orientación general y la terapia específica para el paciente individual debe ser definida por el médico tratante, considerando las características propias del paciente.

## *EVITAR O MINIMIZAR **PROGRESION***

### **Las medidas generales contribuyen a este objetivo.**

Existen numerosos fármacos denominados genéricamente SYSADOAs (SYmtomatic Slow Acting Drugs for OsteoArthritis) que demostradamente tienen beneficios sintomáticos en alrededor de 2/3 de los pacientes. Existe aún controversia respecto de su efecto en retardar la progresión de la enfermedad. En contraste, en general son muy tolerados y dado su efecto sintomático, si el paciente puede acceder a ellos, pudieran utilizarse.

## *MANTENER **LA FUNCIONALIDAD***

**En este objetivo es clave el mantenerse activo y realizar actividad física en general, además de ejercicios específicos para las manos.**

Tanto para el manejo del dolor como para la mantención de la funcionalidad, la kinesioterapia con fines educativos, así como el empleo de baños de parafina contribuyen al logro de los resultados

## *¿CUÁNDO DERIVAR **AL ESPECIALISTA?***

- Cuando existe duda diagnóstica: sospecha de alguna artropatía inflamatoria o formas de OA atípicas.
- Cuando a pesar del tratamiento disponible para el paciente, bien llevado, este persiste sintomático.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Link: Fundación contra la artritis <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-un-folleto/dc-oa/>

1. <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-un-folleto/dc-oa/>

2. PANLAR Consensus Recommendations for the Management in Osteoarthritis of Hand, Hip, and Knee. Oscar Rillo, MD y col. J Clin Rheumatol 2016;22: 345–354.

3. <http://www.panlar.org/recursos/reumatologia-para-medicos-de-atencion-primaria>

4. (Altman R1, Alarcón G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, Brown C, Cooke TD, Daniel W, Gray R, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum. 1990 Nov;33(11):1601-10.).

5. Kloppenburg M, Kroon FPB, Blanco FJ, et al. Ann Rheum Dis Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2018-213826

CREDITOS EDITORIAL

**JUAN PABLO CARCAMO - PROCESOS CLINICOS**

**JOSE LUIS NOVOA - DISEÑO GRAFICO**