

Coxartrosis resueltas quirúrgicamente: experiencia local en un hospital de segundo nivel

Viviana Acosta Villacrés ¹, Mario Morales Viteri ¹, José Alcívar Erazo ²

¹Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital del IESS, Ambato, Tungurahua, Ecuador.

²Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

Rev. Fac Cien Med (Quito), 2017;42(2):122-128

Recibido: 15/01/16; Aceptado: 05/07/16

Autor correspondiente:

Acosta Villacrés Viviana

Resumen

Contexto: la osteoartritis (OA) es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas, causada mayoritariamente por sobrecarga excesiva a una articulación normal, carga normal sobre una articulación anatómicamente malformada o bien por carga normal asociada a una enfermedad ósea metabólica.

Objetivo: estudiar la prevalencia de coxartrosis en pacientes tratados quirúrgicamente en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato.

Sujetos y métodos: se analizó la base de datos de 1969 pacientes intervenidos quirúrgicamente entre 2014 (985 pacientes) y 2015 (984 pacientes). Los criterios de inclusión son edad (25 a 98 años) y sexo (masculino y femenino).

Resultados: se detectaron 1969 cirugías entre enero 2014 a diciembre 2015; por coxartrosis grado III-IV (n=65), fracturas de fémur (n=19) y otras (n=8). Del grupo coxopatías, 65 casos fueron diagnosticados de coxartrosis grado III-IV que ameritaron la colocación de una prótesis de cadera. En el 2014 predominaron pacientes del sexo masculino diagnosticados de coxartrosis (n= 20/39; p=0,51) en relación al sexo femenino (n=19/39; p=0,49) mientras que en el año 2015, aumentó la prevalencia de coxoartrosis en el sexo femenino (n=14/26; p=0,54) en relación al sexo masculino (n=12/26; p=0,46).

Conclusión: la coxartrosis es un problema de importante prevalencia entre los pacientes del hospital del IESS de Ambato, a mayor edad cursa con más gravedad y resulta de forma necesaria realizar intervención quirúrgica, además las mujeres luego de los 60 años sufren coxartrosis de mayor gravedad.

Descriptor DeCs: coxartrosis, osteoartritis, quirúrgico, prótesis, cadera.

Abstract

Background: osteoarthritis (OA) is the most common of chronic rheumatic diseases. There are many forms can produce osteoarthritis such as excessive overload on the normal joint, normal loading in an anatomically malformed joint, and normal loading in conjunction with metabolic diseases.

Objective: study the prevalence of coxarthrosis in patients of the traumatology and orthopedic department of the IESS Hospital in the city of Ambato, who required surgical treatment.

Subjects and methods: we analyzed a universe of 1969 patients who underwent surgery between 2014 (985 patients) and 2015 (984 patients) at the Trauma and Orthopedic Service of the IESS Hospital in the city of Ambato, in addition to inclusion criteria Age (25 to 98 years) and sex (male and female).

Results: 1969 surgeries were performed from January 2014 to December 2015, coxarthrosis grade 3-4 (n = 65), femoral fractures (n = 19), others (n = 8). Of the groups for coxopathies, 65 cases were diagnosed with coxarthrosis grade 3-4, which warranted a hip prosthesis placement. In 2014, it was determined that the patients with the highest prevalence of being diagnosed with coxarthrosis were male patients (n = 20/39; p = 0.51) in relation to the female sex (n = 19/39; p = 0.49), an increase in prevalence was noticed in 2015, since it was found to be higher in females (n = 14/26, p = 0.54) than males (n = 12/26; P = 0.46).



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Conclusion: coxarthrosis is a problem of major prevalence among patients at the IESS Ambato hospital, the older it is, the more severe it is and surgical intervention is necessary, in addition women after 60 years suffer from more severe coxarthrosis.

Key words: coxarthrosis, osteoarthritis, surgical, hip, prosthesis.

Introducción

La artrosis u osteoartrosis (OA) define a la enfermedad caracterizada por la alteración del equilibrio entre la formación y degradación del cartílago articular y el hueso subcondral, que origina áreas de lesión morfológica y cursa con dolor e incapacidad¹. La OA fue definida clásicamente como una condición degenerativa articular donde existe pérdida progresiva del cartílago articular, hipertrofia ósea marginal (osteofitos) y cambios en la membrana sinovial²⁻⁴. La OA es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial por su alta prevalencia (20%–30%)⁴, siendo considerada la causa más común de incapacidad permanente en personas mayores de 65 años en países que se la ha estudiado, presentándose con mayor frecuencia a nivel de las rodillas^{2,3,5}. Existen factores desencadenantes como son traumatismos y factores que aceleran la progresión de la artrosis (inestabilidad o sobrecarga mecánica de la articulación), entre los factores generales se encuentran tener una edad avanzada, obesidad, trastornos metabólicos y predisposición genética a desarrollar la enfermedad. Por otra parte hay factores locales como tener una

sobrecarga articular, antecedente de traumatismo previo o una enfermedad articular previa. La artrosis es habitual en articulaciones de rodilla, cadera, manos y columna vertebral⁵.

La artrosis de cadera o coxarthrosis es relativamente frecuente a partir de los 50 a 55 años de edad. Según se identifique o no la causa, la artrosis de cadera se clasifica en primaria o secundaria. La primaria se presenta en caderas de conformación anatómica normal y sin factor etiológico conocido, mientras que las secundarias suelen deberse a otras patologías (enfermedad de Perthes, osteonecrosis aséptica de la cabeza femoral, coxitis, etc.) o bien al sobreuso profesional o deportivo. En más de la mitad de los casos, la coxarthrosis es secundaria a otras anomalías. La artrosis de cadera puede ser uni o bilateral; si es unilateral se asume es secundaria a la manifestación de defectos articulares previos, sin embargo, se ha visto que con los años, pacientes con afección unilateral de la cadera desarrollan cambios similares en el lado opuesto⁴. También se pueden clasificar según los estadios de la degeneración basados en la respuesta clínica al tratamiento (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de la clasificación de la coxarthrosis según Vázquez Diego.

	Dolor	Movilidad	Radiografía	Tratamiento
Estadio I	Inguinal. Glúteo. Alivio en reposo.	Claudicación ocasional. Rotación interna limitada.	Pinzamiento (+) Esclerosis subcondral (+)	Conservador.
Estadio II	No alivia con el reposo. Uso de analgésicos.	Claudicación (+) Limitación de la rotación interna, abducción u flexión.	Pinzamiento (+) Esclerosis (++) Osteofitos y pequeños quistes.	AINES (+) Osteotomías en gente joven.
Estadio III	Dolor nocturno. Precisa más analgésicos.	Difícil deambulación. Limitación importante. Atrofia muscular.	Osteofitos (+) Deformidad en cótilo y cabeza femoral.	AINES. PTC.

AINES: anti-inflamatorios no esteroideos.

PTC: prótesis total cadera.

Fuente: Clinical Orthopaedics and Related Research.

Elaboración: autores.

La coxartrosis es de lenta progresión; el dolor es el síntoma clínico más importante y su inicio insidioso, de modo que el paciente generalmente no recuerda cuándo comenzó. Suele ser de instauración progresiva, de intensidad variable y acompañada de rigidez articular al iniciar el movimiento. Normalmente se produce tras un uso excesivo de la articulación y se presenta tanto al deambular como al permanecer en bipedestación; calma o desaparece en reposo. Suele localizarse en ingle o sus proximidades, aunque también puede referirse a la región trocantérea, a la cara anterior del muslo o a la rodilla; en algunas ocasiones, el dolor de la cadera se presenta, en virtud de las reglas del dolor referido, en la región lumbar, cara posterior del muslo o incluso glúteos⁶.

Otro síntoma propio de la artrosis de cadera es la limitación de la movilidad con impotencia funcional y cojera progresiva. Esta alteración se detecta al exa-

men físico cuando se explora el signo del rodamiento (roulement), que consiste en mover la pierna completamente extendida hacia uno y otro lado; la positividad de este signo traduce en una limitación más o menos acusada y dolorosa de estos movimientos. También se añade una limitación de algunos actos cotidianos, como la dificultad para sentarse y levantarse de una silla⁶.

En coxartrosis graves puede existir contractura severa de los músculos rotadores externos y abductores, responsables de la hipersensibilidad que experimentan estos enfermos sobre la región del trocánter mayor; la atrofia muscular, especialmente de cuádriceps y glúteos, también es posible. Es recomendable disponer de un estudio básico de rayos X en proyección anteroposterior y bilateral en tamaño real de caderas. Radiológicamente la osteoartritis se clasifica según Kellgren-Lawrence en 5 grados (Cuadro 2 y Gráfico 1)⁶.

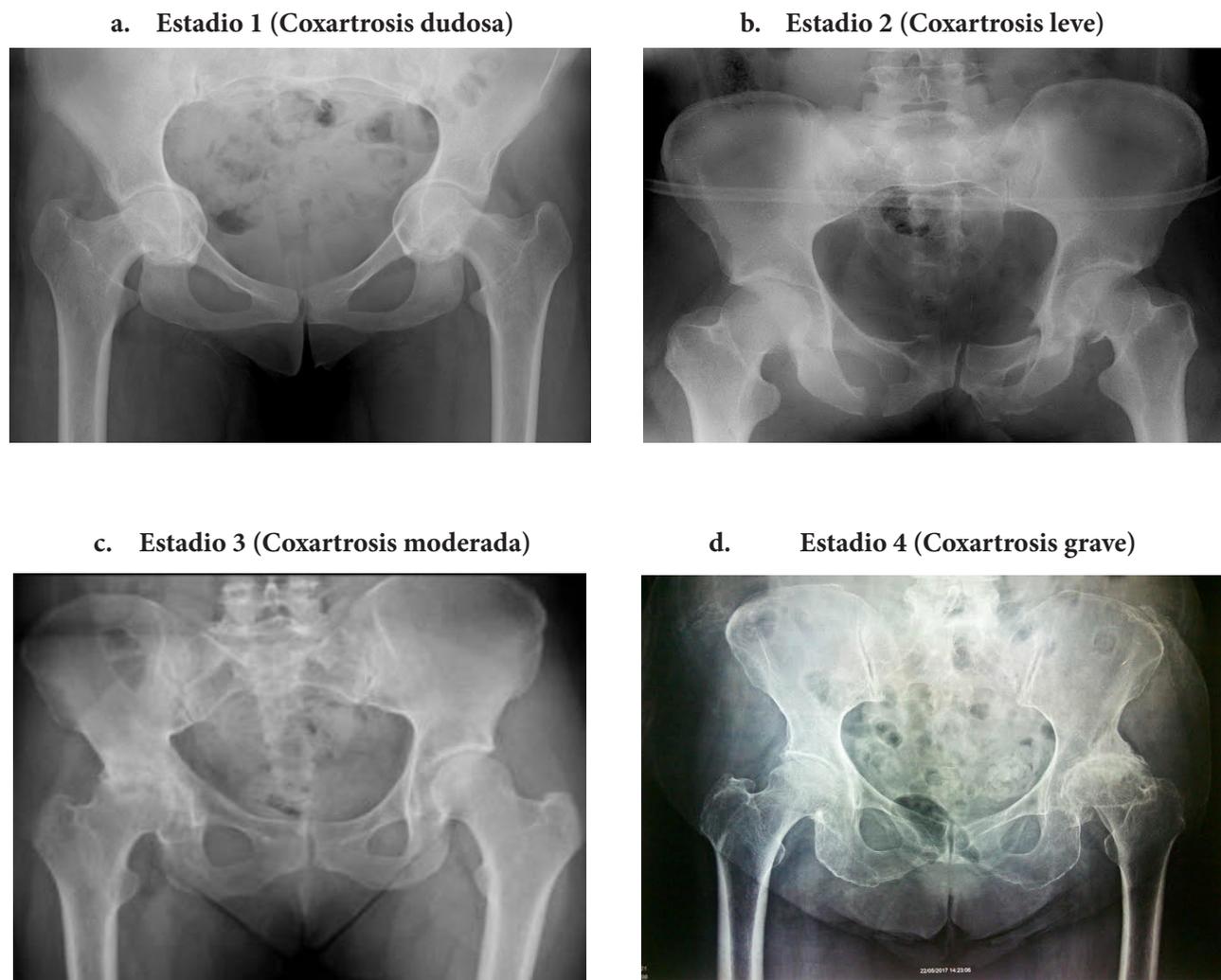
Cuadro 2. Distribución de la clasificación radiológica osteoartritis según Kellgren-Lawrence.

Grado	Característica radiológica
0	<ul style="list-style-type: none"> Normal.
1 (OA dudosa)	<ul style="list-style-type: none"> Dudoso estrechamiento del espacio articular. Posibles osteofitos.
2 (OA leve)	<ul style="list-style-type: none"> Estrechamiento del espacio articular. Osteofitos.
3 (OA moderada)	<ul style="list-style-type: none"> Estrechamiento del espacio articular. Osteofitos moderados múltiples. Leve esclerosis. Posibles deformidades de los extremos del hueso.
4 (OA grave)	<ul style="list-style-type: none"> Marcado estrechamiento del espacio articular. Abundantes osteofitos. Esclerosis grave. Deformidades de los extremos de los huesos.

OA: Osteoartritis.

Fuente: Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis.

Elaboración: autores.

Gráfico 1. Distribución de radiografías de coxartrosis y estadios.

Fuente: Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis.

Elaboración: autores.

El tratamiento es similar al instaurado en otras articulaciones de carga, con peculiaridades derivadas de sus características anatómicas y funcionales. El tratamiento de la artrosis de cadera requiere un esquema terapéutico equilibrado e individualizado (analgesia, fisioterapia o incluso una nueva visión de la vida que le permita seguir disfrutándola a pesar de sus limitaciones). La aceptación en las limitaciones funcionales en quien padece coxartrosis de estadios avanzados disminuirá el nivel de frustración que deriva en estrategias terapéuticas deficientes y le evitará prolongar un largo camino en busca de su curación⁵. En la actualidad, existen tratamientos más seguros y eficaces como son nuevos fármacos para el dolor con menos efectos adversos gastrointestinales asociados al uso de los antiinflamatorios no esteroides (AINE) actuales. Recientemente, dos de las organizaciones

reumatológicas más importantes (American College of Rheumatology ACR y European League Against Rheumatism EULAR) publicaron recomendaciones para tratar la artrosis de rodilla y cadera⁷.

En fases evolucionadas de la enfermedad debería considerarse un tratamiento quirúrgico. Los avances de la cirugía ortopédica en los últimos años cambiaron el pronóstico de la coxartrosis grave, permitiendo a los pacientes una mejoría considerable de su calidad de vida. La artroplastia total de cadera es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos. Las indicaciones para la cirugía de implantación de una prótesis articular son dos: a) dolor que no responde al tratamiento médico y b) incapacidad funcional que imposibilita las actividades cotidianas. La presencia de dolor persistente durante el descanso nocturno es

probablemente la principal indicación quirúrgica. Independientemente de la edad, existen pacientes con grados avanzados de coxartrosis que requieren intervención quirúrgica, que se busca aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Cabe recalcar que aún existen pacientes con limitaciones funcionales graves como dolor intenso en la articulación coxofemoral y presentan temor a ser intervenidos quirúrgicamente. El tratamiento quirúrgico es lo más adecuado cuando la sintomatología interfiere en la calidad de vida del paciente. Generalmente, los resultados en el manejo del dolor y al restablecimiento de la movilidad son excelentes. Se estima que entre el 10% al 20% de los pacientes requerirán una reintervención quirúrgica antes de transcurrir 10 años por aflojamiento de la prótesis. La osteotomía intertrocanterica ofrece unos resultados satisfactorios en el 85% de los pacientes; aunque este procedimiento está indicado en sujetos jóvenes sometidos con alto nivel de actividad física⁷. El objetivo de este artículo será estudiar la prevalencia de coxartrosis en pacientes tratados quirúrgicamente en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato.

Sujetos y métodos

Diseño: estudio epidemiológico transversal.
Población y universo: participaron 1969 pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de traumatología y ortopedia, o valorados por emergencia y derivados a consulta externa del servicio mencionado, con diagnóstico de coxartrosis, en el periodo enero 2014 a diciembre 2015; la selección de pacientes se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión: se incluyeron pacientes que padecían artrosis de caderas, de ambos sexos y que tuviera entre 25 a 90 años de edad. **Criterios de exclusión:** por otro lado fueron excluidos aquellos pacientes polifracturados, los que fueron hospitalizados por consulta externa, también quienes padecían de coxopatía ajena a coxartrosis o lesiones no óseas. **Análisis de datos:** los datos recolectados fueron pareados por edad, sexo y el año de presentación de la patología.

Resultados

Se contabilizaron 1969 pacientes intervenidos quirúrgicamente entre el año 2014 (n=985) y 2015 (n=984), diagnosticados de coxartrosis y tratados quirúrgicamente en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital del IESS de la ciudad de Ambato. En el 2014 predominaron pacientes masculinos en edades entre 61 a 70 años (n=7/11; p= 0,16) (ver tabla 1). Para el 2015, predominaron pacientes con edades entre 61 a 70 años con similar incidencia para ambos sexos (masculino, n=4/26 *versus* femenino n=4/26) (ver gráficos 3 y 4; tabla 2). En el año 2014 se registró una menor incidencia de coxartrosis grado III-IV (n=32/65; p=0,49) respecto al año 2015 (n=33/65; p=0,51) (tabla 1). Para el año 2014 se determinó una mayor incidencia en sujetos de sexo masculino (n= 20/39; p=0,51) mientras que en año 2015 predominaron casos en el sexo femenino (n=14/26; p=0,54). El análisis del periodo enero 2014 hasta diciembre 2015 denotó que la prevalencia es mayor para pacientes de sexo femenino (n=33/65; p=0,51); respecto a la edad, el grupo etario más afectado corresponde a 61 a 70 años (n=19/65 p= 0,29) sumado al hecho que los pacientes femeninos son más susceptibles a sufrir coxartrosis grado III-IV (n=33; p=0,51).

Tabla 1. Distribución según diagnóstico de coxartrosis y resolución quirúrgica, año 2014, Hospital IESS Ambato.

Edad	Sexo		Prevalencia *	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
28 – 35 años	1	1	0,02 (2%)	0,02 (2%)
40 – 45 años	2	3	0,05 (5%)	0,07 (7%)
46 – 51 años	1	2	0,02 (2%)	0,05 (5%)
52 – 60 años	6	2	0,15 (15%)	0,05 (5%)
61 – 70 años	7	4	0,17 (17%)	0,10 (10%)
71 – 80 años	3	5	0,07 (7%)	0,12 (12%)
> 80 años	-----	2	-----	0,05 (5%)
Total	20	19	0,51 (51%)	0,49 (49%)

Prevalencia: número de casos/total de casos.

Fuente: AS400, IIEES, Hospital Ambato.

Elaboración: autores.

Tabla 2. Distribución de pacientes con diagnóstico de coxartrosis y resolución quirúrgica, año 2015.

Edad	Sexo		Prevalencia *	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
28 – 35 años	----	----	----	----
40 – 45 años	3	3	0,11 (11%)	0,11 (11%)
46 – 51 años	2	2	0,07 (7%)	0,07 (7%)
52 – 60 años	3	2	0,11 (11%)	0,07 (7%)
61 – 70 años	4	4	0,15 (15%)	0,15 (15%)
71 – 80 años	----	2	----	0,07 (7%)
> 80 años	----	1	----	0,04 (4%)
Total	12	14	0,46 (46%)	0,54 (54%)

Prevalencia: número de casos/total de casos.

Fuente: AS400, IEES, Hospital Ambato.

Elaboración: autores.

Tabla 3. Distribución general de pacientes con coxartrosis según frecuencia y prevalencia, años 2014 y 2015, Hospital IEES Ambato.

Año	Sexo		Prevalencia *	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
2014	20	19	0,31 (31%)	0,29 (29%)
2015	12	14	0,18 (18%)	0,22 (22%)
Total	32	33	0,49 (49%)	0,51 (51%)

Prevalencia: número de casos/total de casos.

Fuente: AS400, IEES, Hospital Ambato.

Elaboración: autores.

Tabla 4. Distribución de pacientes en base a edad según con diagnóstico de coxartrosis y resueltos quirúrgicamente, años 2014 y 2015.

Edad	N° de casos totales	Prevalencia *
28 – 35 años	2	0,03 (3%)
40 – 45 años	11	0,16 (16%)
46 – 51 años	7	0,10 (10%)
52 – 60 años	13	0,20 (20%)
61 – 70 años	19	0,29 (29%)
71 – 80 años	10	0,15 (15%)
> 80 años	3	0,04 (4%)
Total	65 pacientes	1 (100%)

Prevalencia: número de casos/total de casos.

Fuente: AS400, IEES, Hospital Ambato.

Elaboración: autores.

Discusión

En el estudio se identificaron 1969 cirugías realizadas entre enero de 2014 a diciembre de 2015 de las cuales, 92 fueron por coxopatías (incluye a 65 casos diagnosticados con coxartrosis grado III-IV), que ameritaron la colocación de una prótesis de cadera. No se evidenció una prevalencia mayor en ninguno de los sexos de forma clara, a diferencia de la edad, en la que sí se estableció una relación directamente pro-

porcional, es decir, a mayor edad hay un mayor riesgo de sufrir osteoartritis y a su vez con mayor gravedad. En los casos de coxartrosis graves de grado III-IV sí hubo mayor prevalencia en el sexo femenino.

Conclusión

La coxartrosis es un problema de importante prevalencia entre los pacientes del hospital del IEES de Ambato, a mayor edad cursa con más gravedad y re-

sulta de forma necesaria realizar intervención quirúrgica, además las mujeres luego de los 60 años sufren coxartrosis de mayor gravedad.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los autores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo la requisición al autor correspondiente.

Consentimiento para publicación

La identidad de los individuos participantes en el estudio es anónima y confidencial, por lo que

no se obtuvo un consentimiento informado para su publicación.

Aprobación ética y consentimiento

El protocolo y el consentimiento fueron aprobados oportunamente.

Financiamiento

Los recursos fueron provistos por los autores.

Conflicto de interés

Los autores no reportan conflicto de interés alguno.

Abreviaturas

AINES: anti-inflamatorios no esteroideos.

PTC: prótesis total cadera.

OA: Osteoartrosis.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas que colaboraron en el proceso de la investigación.

Referencias

1. Kuettner K, Goldberg V. Osteoarthritic disorders. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 1995.
2. Buckwalter J, Saltzman C, Brown T. The Impact of Osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2004;427:S6-S15.
3. Van den Berg W. Osteoarthritis year 2010 in review: pathomechanisms. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2011;19(4):338-341.
4. Buckwalter J. Articular Cartilage Injuries. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2002;402:21-37.
5. Magne D, Vinatier C, Julien M, et al. Mesenchymal stem cell therapy to rebuild cartilage. *Trends in Molecular Medicine*. 2005;11(11):519-526.
6. Altman R, Brandt K, Hochberg M, et al. Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis: Recommendations from a task force of the Osteoarthritis Research Society. *Osteoarthritis and Cartilage*. 1996;4(4):217-243.
7. Recommendations for the registration of drugs used in the treatment of osteoarthritis. Group for the respect of ethics and excellence in science (GREES): osteoarthritis section. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1996;55(8):552-557.