



Volumen 13, Número 2, Octubre 2006

Expertos Invitados

EFICACIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OSTEOARTROSIS DE RODILLA

Columnista Experto de SIIC
Dr. Álvarez López A

Cirujano Ortopédico. Jefe de Servicio del Departamento de Ortopedia y Traumatología, Camaquëy, Cuba

Introducción

La osteoartritis de la rodilla constituye en la actualidad una problemática de grandes proporciones, estrechamente relacionada con el envejecimiento de la población mundial. Es una causa importante de búsqueda de asistencia médica en los niveles de atención primarios, secundarios y terciarios. Debido a estos elementos se necesita un conocimiento amplio de esta enfermedad en relación con su fisiopatología, clínica, radiología, manejo conservador y quirúrgico.

¿Cuál fue el estudio llevado a cabo y cuáles fueron los principales resultados obtenidos?

Se realizó un estudio descriptivo y observacional en 53 pacientes diagnosticados y tratados por osteoartritis de la rodilla, mediante artroscopia, en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech", de la ciudad de Camaquëy, en el período comprendido desde enero de 2003 a junio de 2003.

Todos los pacientes seleccionados reunieron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico clínico y artroscópico de osteoartritis de rodilla, 20 años de edad o más, fracaso del tratamiento conservador, habían recibido alguna variedad de tratamiento artroscópico, seguimiento en consulta de al menos un año. Se confeccionó una encuesta para la recolección de los datos.

En todos los pacientes se aplicó la clasificación de Outerbridge, la cual se divide en cuatro grados: grado I, reblandecimiento del cartílago articular; grado II, fragmentación y fisuración del cartílago articular que no alcanza el hueso subcondral, con una extensión de 0.5 pulgadas (1.27 centímetros) o menos; grado III, fragmentación y fisuración que alcanza el hueso subcondral con una extensión mayor de 0.5 pulgadas (1.27 centímetros), y grado IV, cuando se observa exposición del hueso subcondral.

Posteriormente a la operación se indicó un programa de ejercicios de rehabilitación. Los resultados de nuestro trabajo fueron evaluados según la escala de Rasmussen modificada. Se utilizó el método de estadística descriptiva. Los datos se analizaron estadísticamente mediante chi cuadrado, considerando que cualquier valor diferente de $p < 0.05$ se interpretó estadísticamente representativo.

El 66% de los pacientes eran de sexo femenino. El grupo de edades con mayor incidencia fue el de 41 a 50 años, con 14 enfermos para un 26.4%. El síntoma más encontrado fue el dolor, en 52 pacientes, que representan 98.1%. El grado de afección según la clasificación de Outerbridge que predominó fue el III, con 21 casos (39.6%). El tratamiento artroscópico más utilizado fue el lavado articular asociado a desbridamiento, en 36 (67.9%) pacientes. Predominaron como factores de mal pronóstico la presencia de afección de grados III o IV de Outerbridge, en 30 (56.6%), participación bicompartimental o tricompartmental en 15 (28.3%), larga evolución de los síntomas y dolor en reposo con 10 pacientes (18.8%). El resultado de bueno o excelente se encontró en 41 (77.3%) pacientes.

¿Por qué considera que el sexo femenino es el más afectado por la osteoartrosis de rodilla?

El sexo femenino es más afectado por la osteoartrosis de la rodilla por razones anatómicas y bioquímicas. Debemos recordar que el sexo femenino presenta una angulación en valgus mayor de la rodilla con respecto al sexo masculino, lo que la predispone a sufrir de alteraciones mecánicas de la articulación. Por otro parte, la mujer es afectada por la acción de diferentes hormonas, sobre todo a partir de los 45 años, que pudieran estar relacionadas con la presencia y desarrollo de la enfermedad, elemento éste que no ha sido comprobado científicamente hasta la actualidad.

¿Qué tipo de tratamiento artroscópico fue empleado en los pacientes integrantes del estudio?

La artroscopia es una modalidad quirúrgica que permite la aplicación de varias técnicas, entre las que se encuentra el lavado articular. En nuestra opinión, este proceder es de gran valor en pacientes de más de 65 años, ya que permite disminuir las cantidades de enzimas proteolíticas dentro de la articulación y de esta manera lograr la disminución del dolor. Debemos recordar que estas enzimas proteolíticas no sólo destruyen el cartílago articular, sino que además disminuyen el umbral doloroso de los tejidos vecinos al cartílago causando dolor, porque el cartílago articular es avascular y aneural, elemento éste muy importante para comprender la fisiopatología del dolor articular. Por otra parte, el lavado articular es método rápido y con una incidencia muy baja de complicaciones, además, puede ser repetido en varias ocasiones según la respuesta del enfermo. En la práctica médica diaria observamos beneficios adicionales mediante el uso de dextrans 40 de forma intraarticular. Otros procedimientos artroscópicos son el lavado articular en combinación con desbridamiento, en el cual se aplican los mismos principios del lavado articular con los efectos adicionales de la extracción de tejidos dañados, disminuyendo la producción de enzimas proteolíticas dentro de la articulación, sin embargo en ocasiones el daño articular es tan grave que no es recomendable atacar el poco tejido articular que, aun estando enfermo, se encuentra en la superficie articular, ya que desempeña una función mecánica. La aplicación de microfracturas es utilizada en los defectos articulares localizados mediante el cual se logra obtener un tejido cartilaginoso articular que no es igual al anterior ya que en esta ocasión presenta grandes cantidades de colágeno tipo 1, que lo convierte en un tejido más friable y por ende con menos resistencia a las fuerzas mecánicas. La realización de menisectomías y extracción de cuerpos extraños tiene un valor adicional en las técnicas anteriores ya que disminuye o elimina los síntomas mecánicos y los resultados, por ende, son mejores.

¿Cuáles son los factores de mal pronóstico y de qué manera inciden en el éxito del tratamiento artroscópico?

Los factores de mal pronóstico son variados y entre ellos se incluyen: edad mayor de 60 años, larga evolución de los síntomas (más de 3 meses), dolor en reposo y en actividad, hipersensibilidad lateral de la articulación, ausencia de derrame articular, mala alineación de la rodilla (varus mayor de 10 grados, valgus mayor de 15 grados), presencia de inestabilidad ligamentosa, afección bicompartimental o tricompartmental, osteofitos irrelevantes, pacientes que presentan clasificación grado 3 o 4 de Outerbridge, degeneración meniscal, condrosis difusa y osteofitos localizados lejos del lugar de los síntomas. Como podemos apreciar existe una gran cantidad de factores de riesgo, generalmente, en la práctica médica diaria muchos se encuentran asociados.

En mi opinión, a medida que el paciente presente mayor número de factores de riesgo su pronóstico es menos favorable y su respuesta a la artroscopia es más limitada. Por lo tanto se hace necesario una selección adecuada de los enfermos para este proceder y en caso de considerárselo necesario, el paciente debe ser advertido de los posibles resultados.

¿Cuál es el futuro del tratamiento de la osteoartrosis de rodilla con cirugía artroscópica?

El futuro de la artroscopia en el tratamiento de la osteoartrosis es muy prometedor. Con el tiempo y el desarrollo de las habilidades quirúrgicas se podrán diagnosticar lesiones en estadios iniciales en una gran cantidad de enfermos y de esta manera tomar medidas a tiempo para evitar la progresión de la enfermedad. Además, cada día se introducen técnicas nuevas que favorecen un rápido alivio del dolor y la rápida incorporación de los enfermos a la sociedad. La artroscopia es una modalidad quirúrgica muy joven, y en mi opinión apenas ha comenzado, las variantes

mediante esta vía pudieran aumentar significativamente en un futuro cercano. Por último, me gustaría recordar que la artroscopia nos brinda la posibilidad de evaluar las técnicas quirúrgicas anteriormente empleadas, lo que se conoce en la actualidad como *second look*, pero en la práctica esto no es del todo posible debido a que si el paciente está asintomático pocas veces accede a la realización de este método.

Teniendo en cuenta el aumento en la expectativa de vida y, en consecuencia, el aumento de las patologías artrósicas, ¿considera que será necesario implementar medidas de prevención o de retraso en la aparición de la osteoartritis de rodilla?

Sin lugar a dudas se hace necesario establecer una estrategia conjunta para la disminución significativa de esta enfermedad. En este punto creo que es de vital importancia referirnos al tratamiento profiláctico, que consiste en llevar a cabo un estilo de vida adecuado según la edad y las enfermedades asociadas, como evitar el consumo de alimentos que puedan producir depósito de su metabolismo en las articulaciones, por ejemplo, las carnes rojas. Por otra parte, se hace necesaria la realización sistemática de ejercicios físicos en los círculos de abuelos, en las áreas primarias de salud, evitar la obesidad, entre otras medidas.

¿Cuáles son los tratamientos médicos más eficaces para la osteoartritis de rodilla?

La decisión con respecto al tratamiento más eficaz depende de la capacidad del personal médico para interpretar a cada paciente en particular y, de esta manera, llevar a cabo un plan terapéutico individual. Pero considero que debemos empezar por el tratamiento conservador agotando todas sus variantes, si fuera necesario: rehabilitación, uso de calzado con correcciones específicas, utilización de ortesis, analgésicos, antiinflamatorios, uso de agentes condroprotectores, esteroides articulares y visco suplementación. De no lograr un alivio aceptable se podría valorar la aplicación de alguna modalidad de tratamiento quirúrgico, entre los cuales la artroscopia se halla entre los primeros, no sólo por su ventaja terapéutica sino diagnóstica.

¿Desea agregar una opinión personal?

Considero que la osteoartritis de la rodilla es un tema del cual tendremos que hablar necesariamente en el futuro en varias ocasiones. La incidencia de esta enfermedad aumenta vertiginosamente e incluso afecta a personas en edades muy tempranas de la vida. Considero importante analizar cada paciente en particular ya que cada uno necesita un tratamiento específico, no debemos estandarizar una forma aislada de tratamiento para todos los enfermos. El éxito en el tratamiento de esta enfermedad radica en su diagnóstico precoz y en tomar las medidas terapéuticas más efectivas a tiempo.

El envejecimiento de la población es cada vez mayor y no sólo debemos seguir adelante para mejorar la expectativa de vida, sino además mejorar la calidad de vida de nuestra población.