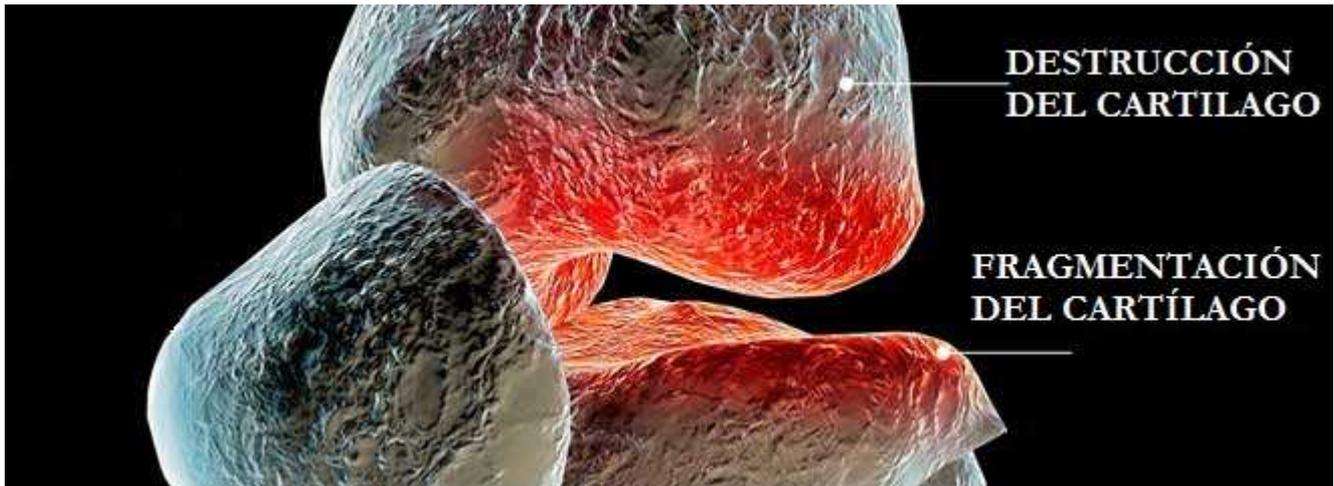


ARTROSIS



¿Qué es la artrosis?

La artrosis es una enfermedad degenerativa causada por el deterioro del cartílago articular, parte que recubre los extremos óseos que unidos dan lugar a las articulaciones, los componentes del esqueleto que permiten el movimiento. Es por tanto la consecuencia del desgaste del cartílago que envuelve la cabeza de los huesos de cada articulación y que evita que rocen entre ellos. Al ocurrir esto los huesos implicados rozan, la articulación ya no flexiona con la misma facilidad y el propio rozamiento genera deformaciones en los huesos que dificultan aún más el movimiento y además provocan dolor.

Esta patología puede llegar a producir alguna incapacidad funcional en el paciente, aunque en ocasiones también podría originar un grado de invalidez que impida al paciente desempeñar sus actividades cotidianas.

Como consecuencia, puede llegar un momento en el que los cartílagos desaparezcan y aparezca el dolor. A medida que el cartílago va desapareciendo, el hueso reacciona y crece por los lados (osteofitos) produciendo la deformación de la articulación.

En la artrosis, la superficie del cartílago se rompe y se desgasta, lo que provoca que los huesos se muevan el uno contra el otro y genera fricción, dolor, hinchazón y pérdida de movimiento en la articulación. Con el tiempo, la articulación llega a perder su forma original, y pueden crecer en ella espolones. Además, pueden desprenderse trozos de hueso y de cartílago y flotar dentro del espacio de la articulación, lo que genera más dolor y daño.

La artrosis es la enfermedad articular más frecuente en España, según los datos de la Sociedad Española de Reumatología, que estima que afecta al 43 por ciento de la población. Esta patología es más frecuente en mujeres, un 52 por ciento frente al 29 por ciento en los hombres.

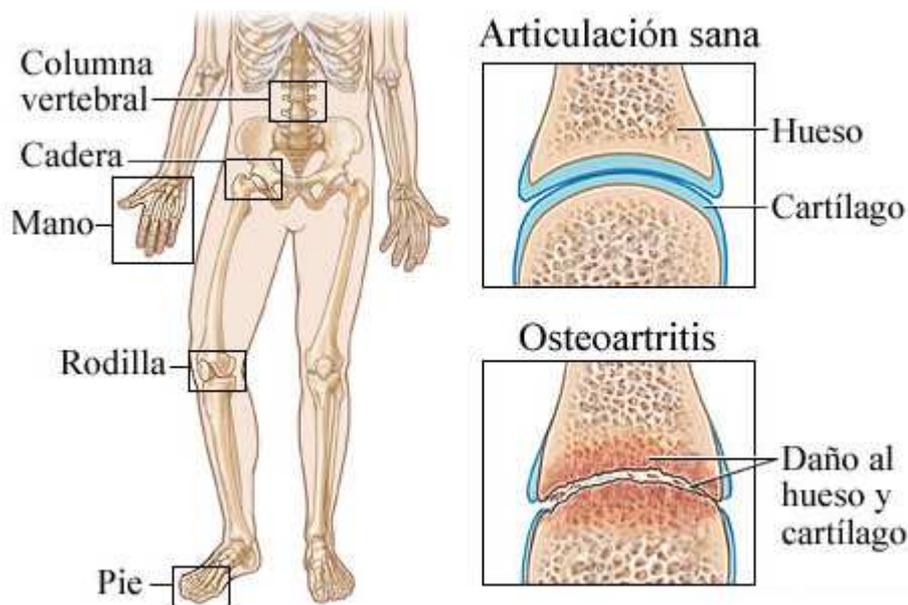
“Desde el punto de vista radiológico, el segmento de población entre los 50 y 64 años presenta un 70 por ciento de artrosis en las manos, un 40 por ciento en los pies, un 10 por ciento en las rodillas y un 3 por ciento en las caderas”.

Además, según los datos del estudio Episer realizado por la sociedad, el 12 por ciento de la población española presenta artrosis sintomática de rodilla y un 6,2 por ciento de artrosis clínicamente activa en las rodillas.

¿Quién la causa?

- Al igual que en la artritis, la artrosis es más habitual entre las mujeres. Hay varias causas identificadas:
- Deterioro provocado por la edad: el tejido del cartílago envejece y no cumple su función correctamente.
- Fallo en uno de los genes responsable del colágeno, parte fundamental del cartílago. Suele heredarse.
- Viejas lesiones en la articulación.
- Exceso de peso: el sobreesfuerzo de rodillas y cadera por un exceso de peso incrementa el riesgo de sufrir artrosis.
- Exceso de trabajo repetitivo: una tarea repetida muchas veces en el tiempo, y que suponga un esfuerzo importante para una articulación, puede ser determinante para desarrollar artrosis.

¿Cuáles son sus síntomas?



Las manifestaciones de la artrosis son muy variadas, progresivas y aparecen dilatadas en el tiempo.

Los síntomas más frecuentes son el dolor articular, la limitación de los movimientos, los crujidos y, en algunas ocasiones, el derrame articular. Además, algunas personas pueden presentar rigidez y deformidad articular. Las articulaciones afectadas suelen ser las de las manos, columna, cadera, rodillas y pies. Coincide con la artritis en la rigidez matutina.

El síntoma que más preocupa a las personas con artrosis es el dolor. En un primer estadio, éste se desencadena cuando se mueve o se realiza un esfuerzo con la articulación. Este dolor suele cesar con el reposo. Posteriormente, el agravamiento de la artrosis hará que el dolor aparezca tanto con el movimiento, como con el reposo.

Uno de los puntos buenos del dolor artrósico es que no siempre es constante, por lo que los pacientes pueden estar durante largos periodos de tiempo sin padecer dolor.

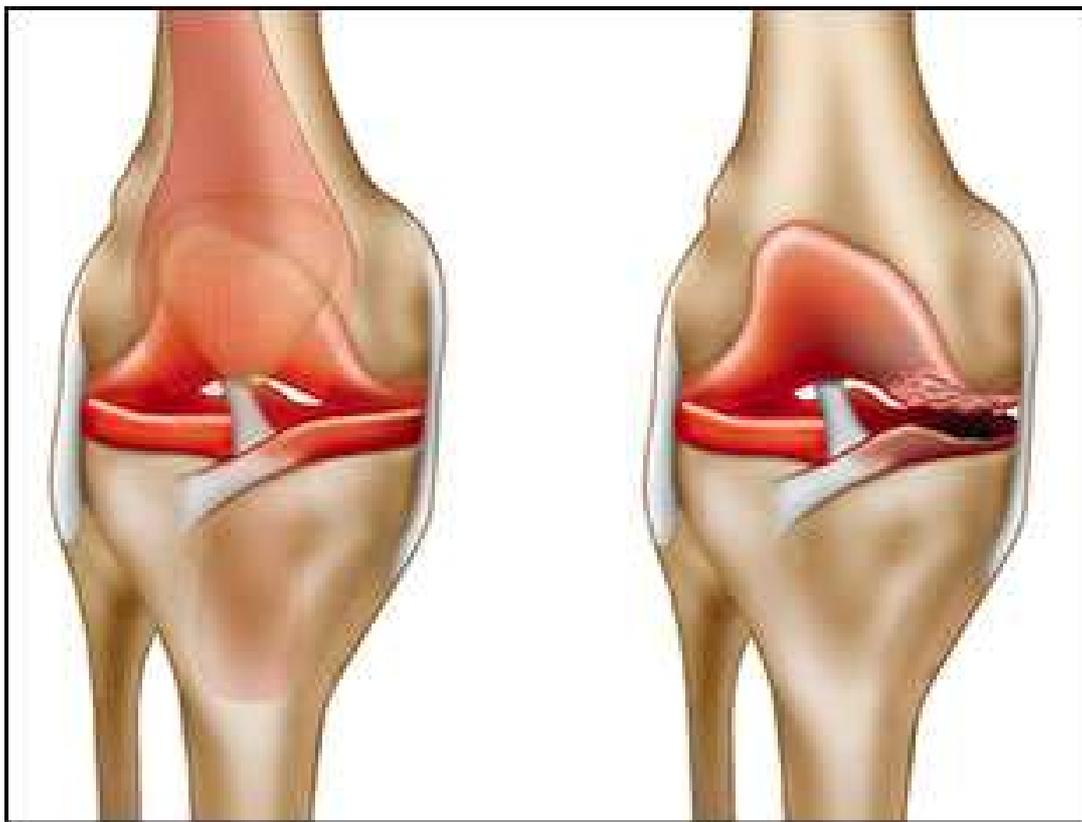
¿Se puede prevenir?

La principal medida que tienen que tener en cuenta los grupos de riesgo para prevenir el desarrollo de la enfermedad es llevar una dieta sana y equilibrada, como la dieta mediterránea, realizar ejercicio físico de forma moderada, actividades que sean acordes a la edad y el estado físico actual de la persona y evitar la obesidad.

También conviene limitar el esfuerzo físico intenso, como cargar objetos pesados o las actividades laborales que implican sobreesfuerzo.

En caso de tener la enfermedad deben evitar los movimientos que producen dolor, sin llegar a inmovilizar la zona.

Tipos de artrosis



Rodilla normal

Rodilla con artrosis

Existen tres tipos de artrosis:

1. La artrosis tipo I, de causa genética.

La artrosis tipo I, de causa genética, es una enfermedad hereditaria.

2. La artrosis tipo II, hormono dependiente (postmenopáusica).

La artrosis tipo II dependiente de las hormonas estrogénicas, está relacionada con los niveles de hormonas esteroideas, particularmente con los niveles de estrógenos.

3. La artrosis tipo III, relacionada con la edad.

La artrosis tipo III está estrechamente relacionada con la edad.

En la actualidad la artrosis se manifiesta principalmente en cuatro áreas:

- Artrosis de rodilla
- Artrosis de manos
- Artrosis de cadera
- Artrosis de columna

¿Existe tratamiento para la artrosis?

Ni la artritis ni la artrosis tienen cura, tan sólo tratamientos paliativos para reducir el dolor y aumentar la calidad de vida. Estos tratamientos pueden ser farmacológicos para reducir las molestias, quirúrgicos para los casos más graves y tratamientos paliativos a través de ejercicios y una dieta personalizada que ayudarán a frenar la enfermedad y mitigar las molestias.

El principal objetivo del tratamiento en la artrosis es mejorar el dolor y la impotencia funcional sin provocar efectos secundarios.

Para conseguirlo, es evitar todo lo que contribuya a lesionar las articulaciones como el sobrepeso, los movimientos repetitivos, actitudes inadecuadas en el trabajo, el calzado, los útiles de cocina, el mobiliario, etc.

En segundo lugar aconsejan que cada paciente tenga una tabla de ejercicios personalizada y adaptada que deberá realizar bajo la supervisión del fisioterapeuta para mejorar el desarrollo de la enfermedad.

En general, los reumatólogos recetan analgésicos como el paracetamol (en dosis diarias máximas de 4 gramos. Si bien también pueden recetarse antiinflamatorios

Fármacos de acción sintomática lenta para la artrosis

Condroitín sulfato

Glucosamina

Diacereína.

Ácido hialurónico

VITAMINAS Y MINERALES CONTRA EL DOLOR ÓSEO Y ARTICULAR



TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS CON BIOMAGNETISMO MÉDICO Y BIOENERGÉTICA



| | | | |
|--------------------|------------------|-----------------------|------|
| ARTROSIS CRÓNICA | Artrosis crónica | Traumatismo articular | Temp |
| | | Treponema Pallidum | B |
| | | Mycobacterium leprae | B |
| ARTROSIS DE CADERA | | Streptococcus C | B |
| | | Bordetella Pertussis | B |

TRATAMIENTOS

Colágeno hidrolizado

Ácido Hialurónico

Plasma Rico en Factores de Crecimiento (PRGF)

Bio-Bac

Bibliografía

- Herrero-Beaumont G, Roman-Blas JA, Castañeda S y Jímenez SA. Primary Osteoarthritis No Longer Primary: Three Subsets with Distinct Etiological, Clinical, and Therapeutic Characteristics. *Semin.Arthritis Rheum* 2009 ; 39(2):71-80
- Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nüesch E, Villiger PM, Welton NJ, Reichenbach S, Trelle S (2010). «Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis». *British Medical Journal* 341: c4675. doi:10.1136/bmj.c4675. PMC 2941572. PMID 20847017. Free PDF online
- Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med* 2007;146:580–90.
- Rapid responses to the article “Wandel et al, BMJ 2010”. bmj.com 2010.
- Pelletier J-P, Hochberg MC, du Souich P, Kahan A, Michel BA. Effect size is encouraging. Letter to the editor. *BMJ* 2010; 341: c6328.
- Giacovelli G, Rovati LC. Conclusions not supported by methods and results. Letter to the editor. *BMJ* 2010; 341: c6338.
- Reginster J-Y, Altman RD, Hochberg MC. Prescribed regimen is effective. Letter to the editor. *BMJ* 2010; 341: c6335.
- McAlindon TE, et al. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA*. 2000 Mar 15; 283(11):1469-75.
- Leeb BF, et al. A metaanalysis of chondroitin sulfate in the treatment of osteoarthritis. *J Rheumatol*. 2000 Jan;27(1):205-11.
- Richy F, et al. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2003 Jul 14;163(13):1514-22.
- Lee YH, Woo J-H, Choi SJ, Ji JD, Song GG. Effect of glucosamine or chondroitin sulfate on the osteoarthritis progression: a meta-analysis. *Rheumatol Int* (2010) 30:357–363.
- Hochberg MC. Structure-modifying effects of chondroitin sulfate in knee osteoarthritis: an updated meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of 2-year. *Osteoarthritis Cartilage*, 2010; 18: S28eS31.
- Groves, T. Report from BMJ post publication review meeting. bmj.com 2011. [1].
- Bruyère O. Large review finds no clinically important effect of glucosamine or chondroitin on pain in people with osteoarthritis of the knee or hip but results are questionable and likely due to heterogeneity. *Evid Based Med*. 2011 Jan 11.
- Markenson JA. Review: Glucosamine and chondroitin, alone or in combination, do not clinically improve knee or hip pain in osteoarthritis. *ACP Journal Club*, 2011. Volume 154, number 3.
- Alonso A, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL et al. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas*. Sociedad Española de Reumatología. 3ª ed. 2000. p. 464.
- Jordan K.M. et al. EULAR Recommendations 2003: An evidenced based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62:1145-55.
- Zhang W, Moskowitz RW. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part I: Critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence activity. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2007; 15: 981-999.
- Zhang W et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2008; 16:137-162.
- Zhang W, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010 Apr;18(4):476-499. Epub 2010 Feb 11.
- Wildi LM, Raynauld JP, Martel-Pelletier J. et al. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: A randomised, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jun;70(6):982-9. Epub 2011 Mar 1.
- Eficacia y seguridad de las inyecciones de ácido hialurónico en la artrosis de rodilla
- Arrich J, Piribauer F, Mad P, Schmid D, Klaushofer K, Müllner M (April de 2005). «Intra-articular hyaluronic acid for the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis». *CMAJ* 172 (8): 1039–43. doi:10.1503/cmaj.1041203. PMC 556045. PMID 15824412.

Richette P, Ravaud P, Conrozier T et al. (March de 2009). «Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial». *Arthritis Rheum.* 60 (3): 824–30. doi:10.1002/art.24301. PMID 19248105.
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/artrosis.html>