

PEDRO ANTONIO BRAVO BERNABÉ*
JUAN JOSÉ BAÑOS GUTIÉRREZ**

ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE
ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL,
S.S.A.

INTRODUCCIÓN

LA APARICIÓN DE alteraciones articulares a medida que avanza la edad, ya fue conocida por los antiguos griegos (Hipócrates).^{1,2}

Dentro de los padecimientos del sistema musculoesquelético, se encuentra con gran frecuencia la degeneración de la superficie articular debida a múltiples causas.

Este padecimiento se encuentra englobado en los padecimientos reumáticos.

Tomando en cuenta que este padecimiento se considera como un proceso fisiológico de la articulación y el índice de sobrevida es mayor en la actualidad, traerá por consecuencia la posibilidad de observar este padecimiento más frecuentemente.

Bajo la denominación de enfermedad articular, degenerativa (Artrosis, Osteoartritis, Osteoartrosis, Artritis hipertrófica degenerativa, Artropatía defor-

mante) se reúnen artropatías crónicas que se caracterizan primeramente por la presencia de alteraciones involutivo-regresivas del cartilago articular y más tarde por la aparición de lesiones reactivas de tipo proliferativo de las porciones óseas contiguas, siendo, en cambio, mucho menos importantes (a diferencia de lo que sucede en la artritis) la afección de la sinovial, y sin que se produzcan repercusiones generales inmediatas sobre el organismo. Es preciso subrayar con insistencia que, a diferencia de la artritis, la osteoartrosis en modo alguno puede equipararse a una enfermedad clínicamente manifiesta, por cuanto las alteraciones que se hallan en su origen pueden considerarse hasta cierto punto como fisiológicas o parafisiológicas, permanecen clínicamente latentes, y sólo se manifiestan en determinadas condiciones.

^{1,2,3,4,5,6,7}

Los reumatismos artrósicos son procesos que se presentan con mayor frecuencia en la edad media de la vida y en la vejez.^{1,2,3,4,5,6,7}

La enfermedad articular degenerativa representa la forma más frecuente de los procesos reumáticos

* Médico adjunto por oposición al Servicio de Ortopedia Pabellón 106 del Hospital General de México, S.S.A. Profesor de la Clínica del Sistema Músculo Esquelético, U.N.A.M.

** Tesis Recepcional.



Foto 1

lo cual se comprueba al revisar las bibliografías al respecto. (Foto 1).

MATERIAL Y MÉTODOS

En el curso de 13 años comprendidos desde enero de 1960 a diciembre de 1972 inclusive, fueron atendidos en la Consulta Externa del Hospital General de la S.S.A. de la Ciudad de México un total de 2,714,385 pacientes, de los cuales correspondieron a pacientes del sistema musculoesquelético 22,464 pacientes (.82%); de los anteriores pacientes fueron internados en el servicio de ortopedia (pabellón 106) de este Hospital, un total de 1534 pacientes (6.8%), de éstos presentaban enfermedad articular degenerativa (EAD) 270 casos (17.7%). (Cuadro 1).

Del total de pacientes internado en estos 13 años se englobaron en padecimientos postraumáticos, infecciosos, congénitos, neoplásicos, posturales, varios y degenerativos. (Cuadro 2) Encontramos que la E.A.D. ocupa el 17.7%, de todos los casos internados ocupando el 4o. lugar en frecuencia.

Se examinaron los datos de todos los pacientes, agrupándose los resultados de esta revisión en sexo, edad, tiempo de evolución del padecimiento, número de articulaciones afectadas, etiología, localización, datos clínicos y radiológicos encontrados, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico y tiempo de control.

RESULTADOS

De los 270 casos en los que se diagnosticó padecimiento degenerativo articular en los 13 años de revisión, encontramos los siguientes datos:

CUADRO 1

Total de pacientes atendidos en el Hospital General, S.S.A. Enero 1960 a diciembre 1972.	2,714,385	100%
Total de pacientes con padecimientos musculoesquelético. Enero 1960 a diciembre 1972.	22,464	0.82%
(Atendidos en el Servicio de Ortopedia).		
Total de pacientes internados en el Servicio de Ortopedia.	1,534	6.8%
Total de pacientes con enfermedad articular degenerativa	270	17.7%

CUADRO 2

PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE ORTOPEdia 1960-1972

Padecimiento	Sexo		Total	%
	M	F		
Congénitos	27	43	75	4.8%
Post Traumáticos	240	141	381	24.8%
Infecciosos	230	150	380	22.8%
Neoplásicos	31	32	63	4.3%
Posturales	23	21	44	2.8%
Varios	184	187	351	22.8%
Degenerativos	149	121	270	17.7%
Total	854	680	1534	100%

ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

SEXO.—149 casos correspondieron al sexo masculino (55.2%), en contra de 121 casos del sexo femenino (44.8%), con lo que encontramos en nuestra casuística predominio del sexo masculino sobre el femenino (Cuadro 3).

EDAD.—La edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 8 años para el menor y 83 para el mayor, con un promedio de edad de 40 años (Cuadro 4). En relación a las décadas de la vida en que se encuentra con más frecuencia, corresponde el 1er. lugar a la 5a. década, pero podemos observar una curva ascendente a partir de la 3a. (Cuadro 5).

CUADRO 3

SEXO	FEMENINO	121	44.8%
	MASCULINO	149	55.2%

CUADRO 4

EDAD	MAXIMA	83 AÑOS
	MINIMA	8 AÑOS
	PROMEDIO	40 AÑOS

CUADRO 5

Edades	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	Total
Femenino	0	2	10	23	38	23	16	3	1	121
Masculino	2	7	18	19	51	27	17	4	4	149
Total	2	9	28	42	89	55	33	7	5	270
%	0.7%	3.3%	10.3%	17.4%	32.9%	20.3%	11.2%	2.5%	1.8%	100%

TIEMPO DE EVOLUCIÓN.—El tiempo de evolución con que los pacientes se presentaron a nuestro servicio varía desde 50 años para el tiempo de evolución más largo, a 1 mes de tiempo de evolución de sintomatología más corto, mencionado por nuestros pacientes. (Cuadro 6). En el cuadro 7 se encuentra especificado el tiempo de evolución que presentaban los pacientes con sintomatología de su padeci-

miento, cuando se presentaron a consulta a este Hospital; se puede apreciar que un mínimo de los casos se presentaron antes de los 6 meses de evolución.

CUADRO 6

TIEMPO DE EVOLUCION	MAXIMO	50 AÑOS
	MINIMO	1 MES
	PROMEDIO	5 AÑOS

CUADRO 7

TIEMPO DE EVOLUCION SINTOMATICA

1 MES	7 CASOS	2.3%
1 A 3 MESES	11 CASOS	4.7%
3 A 6 MESES	52 CASOS	20%
6 A 12 MESES	97 CASOS	35%
MAS DE 1 AÑO	103 CASOS	38%
TOTAL	270 CASOS	100.0%

LOCALIZACIÓN.—Encontramos E.A.D. presente en una sola articulación en 179 casos (66.2%); se encontraron afectadas 2 articulaciones en 51 casos (18.9%) y se encontraron afectadas 3 ó más articulaciones en 40 casos (14.9%) (Cuadro 8).

CUADRO 8

NUMERO DE ARTICULACIONES AFECTADAS

UNICAS	179	66.2%
DOS	51	18.9%
TRES O MAS	40	14.9%

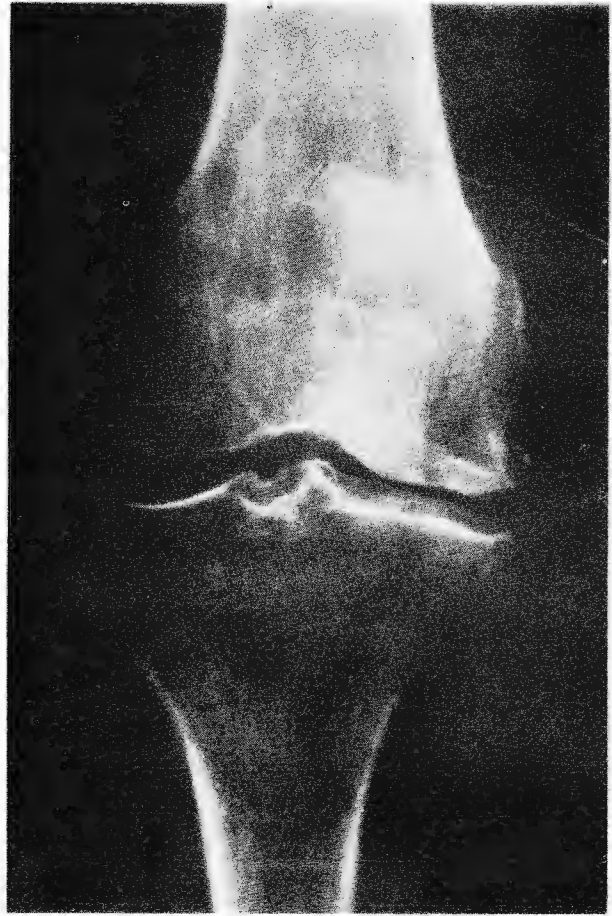


Foto 3



Foto 2

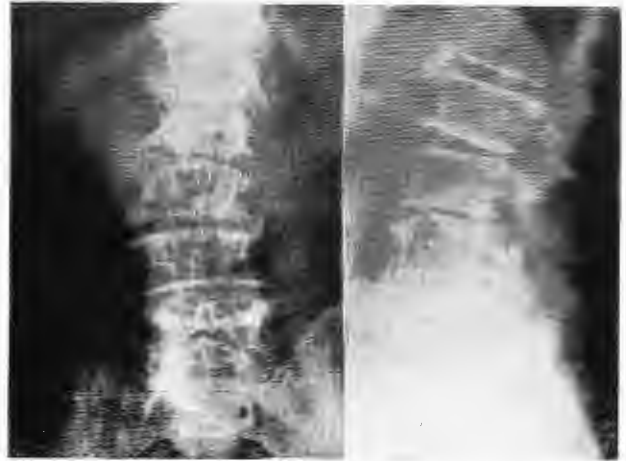


Foto 4

Respecto a la localización por regiones encontramos que la cadera fue la más afectada con 81 casos (30%) (Foto 2); la rodilla ocupa el segundo lugar con 69 casos (25.5%) (Foto 3); la columna ocupa el 3er. lugar con 47 casos (17%); siendo de los segmentos de la columna el más frecuentemente afectada la columna lumbar con 29 casos. (Foto 4). El segmento menos afectado en nuestra casuística fue la muñeca con 3 casos (1.1%). (Cuadro 9).

CUADRO 9

LOCALIZACION DE CASOS

		No. CASOS	%
CADERA		81	30%
RODILLA		69	25.5%
COLUMNA	LUMBAR	29	10.5%
	DORSAL	1	0.3%
	CERVICAL	17	6.2%
TOBILLO		33	13.5%
HOMBRO		10	3%
CODO		9	3.5%
TARSOMETATARSIANA		8	2.9%
SUBASTRAGALINA		7	2.5%
MUÑECA		3	1.1%
TOTAL		270	100%

ETIOLOGÍA.—De los 270 casos estudiados corresponden a E.A.D. primario o idiopática 78 casos (28.8%) y secundaria 192 casos (71.2%). (Cuadro 10). De los 192 casos en los cuales la degeneración es secundaria encontramos como causas las mencionadas en el Cuadro 11).

CUADRO 10
ETIOLOGIA

	No. CASOS	%
PRIMITIVA O IDIOPATICA	78	28.8%
SECUNDARIA	192	71.2%
TOTAL	270	100.0%

CUADRO 11

ETIOLOGIA SECUNDARIA
(192 CASOS)

	No. CASOS	%
TRAUMATISMO ALTERACION ARTICULAR	120	62.5%
MECANICA O ESTATICA ALTERACION ESQUELETICA	35	18.2%
DEL CRECIMIENTO TRASTORNOS	14	7.2%
CONGENITOS	12	6.3%
INFECCION	11	5.8%
TOTAL	192	100.0%

DATOS CLÍNICOS.—Fueron manifestados por los pacientes como causa por la que asistieron, la presencia de los siguientes datos clínicos:

DOLOR.—Todos los pacientes manifestaron este síntoma lo que corresponde al 100% de los casos; siendo importante mencionar que algunos autores manifiestan que en las etapas incipientes de este padecimiento el síntoma principal no es el dolor, sino que se presenta una sensación de cansancio o fatiga articular encontrando que en el tipo de pacientes que asisten a este hospital no se manifiesta este dato por presentarse en estadios muy avanzados de su padecimiento. Las características del dolor mencionadas por todos los pacientes se encuentran en concordancia con lo mencionado por todos los autores. El dolor aumenta al movimiento, lo que obliga al paciente al reposo posterior a un esfuerzo relativo de su articulación afectada, asimismo se presentó la sintomatología dolorosa al iniciar el movimiento después de un período de reposo.

INCAPACIDAD FUNCIONAL.—Manifestada principalmente por limitación de los movimientos en los 270 casos estudiados que corresponde a un 100% de los mismos.

POSICIÓN VICIOSA ARTICULAR.—Algunos de los pacientes manifestaron que la incapacidad funcional era consecutiva a actitudes articulares viciosas adoptadas para evitar o disminuir su sintomatología dolo-

rosa. Corresponden a esta incapacidad funcional de articulación en posición viciosa 100 casos (37%).

AUMENTO DE VOLUMEN.—150 pacientes estudiados por nosotros (55.5%) presentaron aumento de volumen de la articulación afectada. (Cuadro 12).

Cincuenta pacientes (18.5%) manifestaron otro tipo de síntomas o signos como son crujidos articular 30 casos; aumento de la temperatura local 30 casos; calambres 5 casos; espasmo muscular 5 casos (Cuadro 12).

CUADRO 12
DATOS CLINICOS

DOLOR	270 CASOS	100%
INCAPACIDAD FUNCIONAL	270 CASOS	100%
AUMENTO DE VOLUMEN	150 CASOS	55.5%
ARTICULACION EN POSICION VICIOSA	100 CASOS	37%
CRUJIDO ARTICULAR	30 CASOS	11.1%
AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL	10 CASOS	3.7%
CALAMBRES	5 CASOS	1.8%
ESPASMO MUSCULAR	5 CASOS	1.8%

CUADRO 13

DATOS RADIOLOGICOS	NUMERO DE CASOS	%
ZONAS PROLIFERATIVAS	232	85.9%
DISMINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR	210	77.7%
ZONAS DESTRUCTIVAS	28	10.3%
OSTEOPOROSIS	23	8.5%

DATOS RADIOLOGICOS.—Encontramos como datos radiológicos constantes en nuestra casuística en primer lugar zona proliferativa correspondiente a reacción osteofítica hipertrófica en 232 casos (85.9%); en segundo lugar disminución del espacio articular en comparación con la articulación sana en 210 casos (77.7%); otros datos que encontramos con menor cuantía fueron zonas destructivas y osteoporosis. (Cuadro 13). (Foto 5).



Foto 5

TRATAMIENTO MÉDICO.—El tratamiento médico instituido en los 270 pacientes correspondió a lo mencionado en el Cuadro 14 pudiéndose apreciar

CUADRO 14

TRATAMIENTO MEDICO		
	No. DE CASOS	%
ANALGESICOS Y/O ANTINFLAMATORIOS	270	100%
RELAJANTES MUSCULARES	78	28.8%
ANTIBIOTICOS	53	19.6%
SEDANTES	70	25.9%

ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

que en el 100% de los casos se administró analgésico o antiinflamatorios solos o combinados; en 78 casos (28.8%) se administraron relajantes musculares solos o combinados. Como tratamiento complementario se administró antibióticos en 53 casos (19.6%) y sedantes del tipo de las Benzodiazepinas y otros en 70 casos (25.9%).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.—El tratamiento quirúrgico instituido en nuestros pacientes fue efectuado únicamente en 250 localizaciones (92.5%) habiendo sido intervenidos quirúrgicamente las localizaciones mencionadas en el Cuadro 15. La técnica de tratamiento quirúrgico se encuentra mencionada en el Cuadro 16.

CUADRO 15

TRATAMIENTO QUIRURGICO
250 LOCALIZACIONES (92.5%)

ARTICULACION INTERVENIDA	No. DE CASOS	% DE CASOS PRESENTES	
CADERA	81	100%	
RODILLA	69	100%	
TOBILLO	36	100%	
	LUMBAR	6	20.3%
COLUMNA	DORSAL	0	0%
	CERVICAL	7	41.1%
HOMBRO		9	90%
CODO		9	100%
MUÑECA		1	33.3%
SUBASTRAGALINA		7	100%
TARSOMETATARSIANA		8	100%

TRATAMIENTO ORTOPÉDICO.—Fue instituido aparato ortopédico en todos los casos de artrosis de columna; desconociéndose el dato de los aparatos que posiblemente se hallan prescrito a los otros casos por no encontrarse en el expediente.

CUADRO 16
INTERVENCIONES REALIZADAS*

TECNICA	No. CASOS Y LOCALIZACION
MIOTOMIAS	7 Rodillas
	38 Caderas
OSTEOTOMIAS	24 Rodillas
	49 Caderas
ARTROPLASTICAS	9 Codos
	15 Rodillas
	15 Caderas
ARTRODESIS	33 Tobillos
	34 Rodillas
	12 Caderas
	9 Hombros
	8 Tarsometarsianas
	7 Subastragalinas
	7 Columnas cervicales
	6 Columnas lumbares
	1 Muñeca

* En algunas articulaciones fueron usadas más de una técnica.

TRATAMIENTO FISIÁTRICO.—Fue instituido en todos los casos tratados durante el preoperatorio, desconociéndose si en el postoperatorio los pacientes fueron controlados y el tipo de terapia de rehabilitación en cada uno de ellos.

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES.—El control que pudo ser llevado de los casos estudiados únicamente pudo ser conocido por nosotros a través de las notas de evolución que se encontraban anotadas en los expedientes encontrando que un gran porcentaje de los casos sólo pudo ser seguido su control por un tiempo menor de 6 meses. (Cuadro 17). Por lo an-

CUADRO 17
TIEMPO DE CONTROL

	No. DE CASOS	%
1 MES	82 CASOS	30.3%
1 A 3 MESES	47 CASOS	17.4%
3 A 6 MESES	42 CASOS	15.5%
6 A 12 MESES	30 CASOS	11.1%
MAS DE 1 AÑO	69 CASOS	25.5%

teriormente expuesto consideramos que la valoración de los resultados obtenidos por el tratamiento médico o quirúrgico no pudo ser considerado uno de los parámetros de nuestro estudio.

COMENTARIO

Es necesario conocer las características tanto de nuestro hospital como de los pacientes que a él asisten para poder dar un valor real a los datos que se presentan: El Hospital General de la S.S.A. de la Ciudad de México cuenta con un total de 1658 camas censables, 158 camas de Tránsito y 175 Cunas de recién nacidos, las cuales se encuentran divididas para servicios de Cirugía, Medicina, Ginecoobstetricia y Pediatría;⁶ el servicio de ortopedia cuenta únicamente con 36 camas, siendo importante mencionar que pacientes con padecimientos del sistema musculoesquelético son internados temporalmente en tanto se resuelve su problema, o en algunos casos hasta la resolución del mismo en cualquiera de los servicios mencionados anteriormente.

Gran porcentaje de los pacientes asistentes a este Hospital pertenecen a una clase social de característica cultural, social y económica deficiente, además de contar con muy escasa educación médica por lo que sólo acuden al hospital en fases muy avanzadas de su padecimiento.

Otro aspecto importante de tomar en cuenta en el padecimiento que nos ocupa es que únicamente se valoran los casos que fueron internados pudiéndose anticipar que el 99% de los casos que se internan en nuestro servicio son intervenidos quirúrgicamente, además de funcionar en nuestro Hospital un servicio de Reumatología en el cual se atienden gran porcentaje de pacientes y sobre todo del padecimiento que nos ocupa.⁷

Por lo anteriormente expuesto se explica que el paciente de menor edad visto por nosotros tenga 8 años de edad, además de la baja incidencia de pacientes ancianos en nuestra casuística.

El paciente de menor edad visto por nosotros presentaba enfermedad articular degenerativa secundaria a un proceso piógeno articular.

Los pacientes ancianos que presentan este padecimiento y que son vistos por nosotros no son intervenidos a menos que presenten como condición: ser productivos o activos a pesar de su edad, y con afección monoarticular incapacitante.

En cuanto a la localización, consideramos que la columna es la más frecuentemente afectada pero no

la incluimos dentro de los casos quirúrgicos a menos que sólo se encuentren afectados 2 componentes vertebrales, o bien como en el caso de la columna cervical, los osteobitos posteriores compriman estructuras neurológicas.

CONCLUSIONES

1.—La enfermedad articular degenerativa o artrosis es un padecimiento que tiende a ser observado con mayor frecuencia tomando en cuenta que la tasa de vida actualmente es más alta.

2.—La enfermedad articular degenerativa constituye el 17.7% de los pacientes internados en nuestro servicio de Ortopedia en un periodo de 13 años.

3.—En orden de frecuencia ocupa el 4o. lugar entre los padecimientos observados en nuestro servicio de ortopedia.

4.—En nuestro medio es relativamente más frecuente en el sexo masculino (55.5%) que en el sexo femenino (44.8%).

5.—La década de la vida en que se encuentra con más frecuencia es la 5a., pero es importante mencionar que se inicia una curva ascendente de frecuencia a partir de la 3a. década y que la edad promedio en nuestros pacientes fue de 40 años.

6.—La enfermedad articular degenerativa es un padecimiento que tiende a la cronicidad encontrando en nuestra casuística un tiempo de evolución promedio de 5 años.

7.—El desconocimiento por parte de los pacientes de la forma de control de este padecimiento da por resultado que se presenten en la mayoría de las veces en etapas crónicas de su padecimiento al médico.

8.—Encontramos en nuestra casuística enfermedad articular degenerativa monoarticular en el 66.2% de los casos y afectación de 3 o más articulaciones en el 14.9% de los casos.

9.—Las articulaciones más frecuentemente afectadas son en orden de frecuencia; cadera 30%, rodilla 22.5% y columna 17.0%.

10.—La etiología de la enfermedad articular degenerativa es secundaria principalmente; en nuestra casuística, 192 casos (71.2%) en contra de 78 casos (primaria) (28.8%).

11.—La enfermedad articular degenerativa secundaria en nuestra casuística son en orden de frecuencia: traumáticas, alteraciones mecánicas o estáticas de la articulación, alteración esquelética del creci-

miento, secundaria a trastorno congénito e infecciosas.

12.—El dolor, la incapacidad funcional y el aumento de volumen, son datos clínicos que se presentan constantemente.

13.—Los datos radiológicos encontrados constantemente en nuestra casuística son los siguientes: zona proliferativa, disminución del espacio articular, zonas destructivas y osteoporosis.

14.—Los métodos quirúrgicos utilizados para el tratamiento de la enfermedad articular degenerativa son muy variados como se puede apreciar en el presente trabajo.

15.—Consideramos necesario el mayor conocimiento desde el punto de vista médico de este padecimiento con el fin de tratar las grandes incapacidades que de él resultan.

REFERENCIAS

1. LOSADA, L. M.: **Reumatismo y enfermedades afines**. Editorial Andrés Bello, 1936. Págs. 75-92.
2. VON WERNER MOLL: **Compendio de Reumatología**. Versión española de F. Cervantes Gimeno, Ediciones Toray, Barcelona, 1965. Págs. 214-239.
3. CAMPBELL, CRENSHAW II: **Cirugía Ortopédica**. Editorial Inter-Médica. 1967 Págs. 1038-1056.
4. WALTER MERCER; ROBERT B. DUTHIE: **Cirugía Ortopédica**. Primera edición 1967. Editorial El Ate-neo. Impreso en España. Págs. 461-467.
5. HARRISON, T. R.: **Medicina Interna**. Tercera edición en español, traducida de la cuarta en inglés; La Prensa Médica Mexicana, Págs. 1914-1916.
6. J. ROTES; Q. J. MUÑOZ G.: **Tratamiento de las enfermedades reumáticas**. Ediciones Toray, S. A. Barcelona, primera edición, octubre de 1971. Págs. 217-281.
7. MAX LANGE: **Tratado de Cirugía Ortopédica**. Editorial Labor, S. A. 1968, primera edición traducida de la segunda edición alemana por el Dr. Elías Valverde Llor.
8. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. Boletín editado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1973.