

PATIENT INFORMATION

Peso, obesidad y salud articular

El exceso de peso sobrecarga las articulaciones y aumenta el riesgo quirúrgico; incluso una pérdida moderada de peso puede aliviar los síntomas y mejorar los resultados.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Qué es?

El peso y la salud articular están estrechamente relacionados. El exceso de peso afecta a más que solo a las rodillas. La obesidad es una condición que afecta a todo el cuerpo y provoca inflamación; esa inflamación también llega a las articulaciones [1]. No se trata únicamente de la carga adicional que soportan las articulaciones a diario.

Un índice de masa corporal elevado aumenta el riesgo de artrosis (osteoartritis) en las rodillas y las manos, incluso en personas por lo demás sanas [2]. La grasa acumulada en la zona abdominal (obesidad central) también está vinculada a la artritis en la articulación del hombro [3]. Si está considerando someterse a una cirugía articular, el peso será uno de los temas que su médico abordará con usted.

La interacción entre el peso y la actividad física no es bien comprendida por muchas personas. Se ha prestado mucha más atención a la dieta que a la falta de actividad física como causa de la obesidad [4]. El movimiento es importante: mantenerse en forma protege el corazón y la salud general, y atenúa algunos de los riesgos derivados del exceso de peso [5]. Incluso pequeñas cantidades de actividad física intensa, alrededor de 30 a 35 minutos por semana, parecen contrarrestar la relación entre la obesidad abdominal y las enfermedades cardíacas [6].

El peso es algo que usted puede modificar. Combatir la obesidad puede mejorar la salud articular y la salud general, incluso en niños [7]. Si se está preparando para una cirugía de reemplazo articular, controlar el peso y otras condiciones de salud previamente puede permitir obtener resultados similares a los de pacientes con un índice de masa corporal normal [8].

¿Funciona realmente?

La respuesta honesta es que depende de a qué nos reframos con “ello”. En cuanto a la pérdida de peso en sí, la cirugía resulta más eficaz que ir directamente a un reemplazo de rodilla cuando una persona padece obesidad severa y artritis avanzada. En un estudio, quienes se sometieron a cirugía para perder peso redujeron su peso corporal en un 28,7 %, mientras que quienes optaron directamente por el reemplazo de rodilla perdieron menos [1]. Los fármacos más recientes para la pérdida de peso constituyen otra alternativa. Un estudio demostró que un medicamento llamado semaglutida era una opción segura en lugar de la cirugía para perder peso antes de un reemplazo de cadera, con tasas similares de supervivencia del implante y de complicaciones [2].

En lo que respecta a la cirugía de reemplazo articular en sí, la situación es más variada de lo que muchas personas imaginan. Tener un IMC elevado no implica automáticamente peores resultados. Diversos estudios han demostrado que un IMC superior a 40 no se asocia con complicaciones tempranas tras el reemplazo de rodilla, siempre que se controlen previamente otras afecciones médicas y se planifique la intervención de forma individualizada para el paciente [3]. En estudios sobre reemplazo de cadera, se constató que el grado de obesidad no influye en el riesgo, el nivel de invasividad ni el momento de futuras operaciones [4]. En estudios sobre reemplazo de hombro, el IMC tampoco se relacionó con un mayor riesgo de necesitar cirugía de revisión [5]. No obstante, otros estudios sí señalan mayores riesgos: las personas obesas sometidas a cirugía artroscópica de cadera tienen más del doble de probabilidades de precisar posteriormente un reemplazo total de cadera, en comparación con personas de peso normal [6]. La obesidad también incrementa el riesgo de necesitar cirugía de revisión tras un reemplazo parcial de rodilla [7].

Algunas de estas evidencias son sólidas, mientras que otras no lo son tanto. Algunos de estos hallazgos provienen de estudios de tamaño reducido, por lo que sus resultados son menos fiables. Por ejemplo, un estudio sugirió que un IMC de 45 constituía un límite seguro para cierto tipo de reemplazo de rodilla; sin embargo, los grupos analizados eran demasiado pequeños para afirmarlo con certeza [8]. El ejercicio también puede ser de gran ayuda: mujeres con baja masa muscular y obesidad que practicaron entrenamiento intervalado de alta intensidad perdieron más peso y presentaron un IMC más bajo que quienes realizaron ejercicio moderado y continuo [9]. La combinación de ejercicio y fármacos para la pérdida de peso también puede favorecer una mejor salud a largo plazo y ayudar a mantener el peso bajo control [10].

¿Cuáles son los riesgos?

Los riesgos dependen del tipo de operación que se vaya a realizar. En el caso del reemplazo de rodilla, los métodos quirúrgicos modernos y los diseños de prótesis parecen haber reducido los problemas previos de aflojamiento y falla mecánica en personas con obesidad [1]. No obstante, algunos riesgos persisten. La obesidad sigue siendo un factor de riesgo importante para la falla mecánica en ciertos tipos de prótesis de rodilla robóticas, aunque la funcionalidad diaria posterior fue similar [2]. Las personas con obesidad severa (IMC de 35 o más) mostraron una tendencia a presentar más complicaciones tras el reemplazo de rodilla robótico, aunque dicha diferencia no fue concluyente [3]. Si se realiza un reemplazo parcial de rodilla en lugar de uno total, la obesidad aumenta la probabilidad de necesitar una cirugía de revisión [4].

En cuanto a la cirugía de cadera y hombro, la situación es más estable. Tras el reemplazo de cadera, el grado de obesidad no influye en el riesgo, el grado de invasividad ni el momento de futuras intervenciones [5]. El hecho de padecer diabetes tipo 2 además de obesidad no incrementa el riesgo de reoperación, una vez que se tiene en cuenta el IMC [6]. Después del reemplazo de hombro, el IMC no se relaciona con un mayor riesgo de cirugía de revisión [7]; sin embargo, el sobrepeso y la obesidad sí se asocian con mayor riesgo de formación de coágulos sanguíneos, no de infecciones [8].

La cirugía mínimamente invasiva conlleva otros riesgos. Si se realiza una cirugía de cadera mínimamente invasiva para tratar un conflicto femoroacetabular doloroso, la obesidad duplica o más la probabilidad de que posteriormente se necesite un reemplazo total de cadera [9]. Tanto la obesidad como la artritis preexistente predicen peores resultados tras una cirugía de rodilla mínimamente invasiva [10]. Tras una reparación de la raíz meniscal, la artritis avanza más rápidamente en personas con mayor IMC [11].

Algunos hallazgos son menos concluyentes. Un estudio sugirió que un IMC de 45 sería un límite seguro para cierto tipo de prótesis de rodilla; sin embargo, los grupos estudiados eran demasiado pequeños para confirmarlo [12]. La evidencia respecto a la necesidad de reforzar la prótesis en pacientes obesos durante el reemplazo de rodilla es limitada e inconsistente [13]. La cicatrización de heridas depende más del grosor del tejido blando sobre el hueso que del IMC por sí solo [14].

Muy pocas personas con obesidad reciben tratamiento para perder peso antes del reemplazo articular, ya sea mediante medicamentos, servicios nutricionales o cirugía bariátrica [15]. Si el peso corporal es motivo de preocupación, vale la pena comentarlo con su médico con antelación.

¿Es adecuado para usted?

El reemplazo articular puede ser una buena opción para personas con un IMC más elevado. Estudios han demostrado que un IMC superior a 40 no se asocia a complicaciones tempranas tras el reemplazo de rodilla [1]. En estudios sobre reemplazo de cadera, se observó que el grado de obesidad no influye en el riesgo, el grado de invasividad ni el momento en que se requieren intervenciones adicionales [2]. Asimismo, en estudios sobre reemplazo de hombro, el IMC no se relaciona con una mayor probabilidad de necesitar cirugía de revisión [3]. Por lo tanto, el sobrepeso por sí solo no excluye a una persona como candidata para la cirugía.

No obstante, existen límites. Un estudio sugirió que un IMC de 45 sería un umbral seguro para cierto tipo de reemplazo de rodilla; sin embargo, los grupos estudiados eran demasiado pequeños para confirmarlo [4]. Si está considerando una cirugía artroscópica de cadera en lugar del reemplazo, la obesidad duplica o más la probabilidad de que posteriormente necesite un reemplazo total de cadera [5]. Otra alternativa es perder peso antes de la cirugía; fármacos recientes como la semaglutida han sido estudiados como opción segura frente a la cirugía bariátrica previa al reemplazo de cadera [6]. No obstante, muy pocas personas con obesidad reciben tratamiento para perder peso antes del reemplazo articular, ya sea mediante medicamentos, asesoramiento nutricional o cirugía bariátrica [7].

La elección adecuada depende de su peso, del grado de artritis y de sus demás condiciones de salud. En la sección de riesgos anterior se detallan las posibles complicaciones de cada opción. Hable al respecto con su médico: se trata de una decisión compartida, tomada conjuntamente.

Conclusión

El exceso de peso no impide someterse a una cirugía articular, pero sí modifica el panorama clínico. En los reemplazos de rodilla y cadera, un IMC elevado por sí solo no se asoció a más complicaciones tempranas, siempre que se controlaran previamente otras afecciones de salud [1]. La principal advertencia se refiere a la cirugía artroscópica: la obesidad duplica con creces la probabilidad de que posteriormente sea necesario realizar un reemplazo total de cadera [2]. Perder peso antes de la cirugía es una opción que merece ser discutida, aunque en la práctica muy pocas personas reciben esta recomendación [3].

Referencias

- [1] Replanteamiento de la obesidad en la artrosis de rodilla: un llamado a un enfoque transdisciplinario más allá de la biomecánica. *Arthroscopy*. 2026. DOI: 10.1002/arj.70051
- [2] ¿Aumenta la obesidad metabólicamente saludable el riesgo de artrosis de rodilla y mano? Un estudio de cohorte basado en la población. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2026. DOI: 10.1186/s12891-026-09495-5
- [3] Asociación entre la obesidad central y el riesgo de artrosis de la articulación glenohumeral: un estudio prospectivo. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2026. DOI: 10.1016/j.jse.2025.07.007
- [4] Es hora de desmontar el mito de la inactividad física y la obesidad: no se puede “correr” más que una mala alimentación. *British Journal of Sports Medicine*. 2015. DOI: 10.1136/bjsports-2015-094911
- [5] Condición cardiorrespiratoria, índice de masa corporal y mortalidad: una revisión sistemática y metaanálisis. *British Journal of Sports Medicine*. 2024. DOI: 10.1136/bjsports-2024-108748
- [6] Asociaciones conjuntas entre la actividad física medida mediante dispositivos y la obesidad abdominal con la aparición de enfermedades cardiovasculares: un estudio de cohorte prospectivo. *British Journal of Sports Medicine*. 2023. DOI: 10.1136/bjsports-2023-107252
- [7] El papel de la obesidad en la ortopedia pediátrica. *JAAOS: Global Research and Reviews*. 2019. DOI: 10.5435/jaaosglobal-d-19-00036
- [8] Un índice de masa corporal > 40 no se correlaciona con complicaciones tempranas en pacientes sometidos a artroplastia total primaria en un centro quirúrgico ambulatorio. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.08.065
- [9] Impacto de la cirugía bariátrica previa frente a la artroplastia total de rodilla inmediata en la función de la rodilla en pacientes con obesidad severa y artrosis avanzada de rodilla: el ensayo SWIFT. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2026.05.033
- [10] ¿Es la semaglutida una opción más segura para el control de peso que la cirugía bariátrica en pacientes sometidos a artroplastia total de cadera (THA)? *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.08.068

- [11] El grado de obesidad no se asocia con la incidencia, el momento ni el grado de invasividad de las reoperaciones tras la artroplastia total de cadera. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.07.026
- [12] Tasas de revisión entre pacientes obesos y no obesos sometidos a artroplastia total de hombro: un estudio con datos del registro australiano. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2026. DOI: 10.1016/j.jse.2025.05.036
- [13] Pacientes obesos tratados con artroscopia de cadera por síndrome de impacto femoroacetabular: resultados funcionales a 10 años y tasas de conversión a artroplastia comparadas con pacientes de peso normal. *The American Journal of Sports Medicine*. 2026. DOI: 10.1177/03635465251392585
- [14] La obesidad se asocia con tasas más altas de revisión tras la artroplastia unicompartmental de rodilla. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2026. DOI: 10.1177/2325967125s00336
- [15] Un índice de masa corporal de 45 es un umbral seguro para la artroplastia total de rodilla sin cemento. *The Journal of Arthroplasty*. 2025. DOI: 10.1016/j.arth.2025.12.038
- [16] Impacto del entrenamiento intervalado de alta intensidad frente al entrenamiento continuo de intensidad moderada combinado con entrenamiento de fuerza en los resultados físicos y metabólicos en pacientes poscirugía bariátrica con obesidad sarcopénica. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2026. DOI: 10.1186/s12891-026-09722-z
- [17] El ejercicio en el mantenimiento de la pérdida de peso: beneficios para la salud más allá de la reducción del peso en la báscula. *British Journal of Sports Medicine*. 2021. DOI: 10.1136/bjsports-2021-104754
- [18] La obesidad y la artroplastia total de rodilla revisitada: mínimo impacto en el aflojamiento y el fallo mecánico en la era moderna. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2026.04.031
- [19] Impacto de un alto índice de masa corporal en la artroplastia total de rodilla robótica basada en imágenes y alineación funcional: resultados funcionales comparables, pero mayor incidencia de fallos mecánicos. *Journal of ISAKOS*. 2025. DOI: 10.1016/j.jisako.2025.100861
- [20] Efecto del índice de masa corporal sobre los resultados de la artroplastia total de rodilla asistida por robot: Análisis retrospectivo de una cohorte. *Journal of ISAKOS*. 2025. DOI: 10.1016/j.jisako.2025.100927
- [21] La diabetes tipo 2 no se asocia con un riesgo elevado de infección periprotésica en pacientes obesos sometidos a artroplastia total de cadera. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2026. DOI: 10.1186/s12891-026-09568-5
- [22] El sobrepeso y la obesidad premórbida se correlacionan con un mayor riesgo de tromboembolismo, pero no de infección, tras la artroplastia total de hombro. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2026. DOI: 10.1016/j.jse.2026.05.022
- [23] *Comentario editorial:*
- [24] La reparación de desgarros en la raíz posterior del menisco medial muestra progresión de la artrosis con el tiempo; este fenómeno es más frecuente en pacientes con mayor índice de masa corporal. *Arthroscopy*. 2026. DOI: 10.1002/arj.70028

[25] Respuesta a: “Carta al editor comentando sobre: ‘La evidencia actual no respalda el uso de extensión de tallo tibial en la artroplastia total de rodilla en pacientes obesos: una revisión sistemática’”. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.11.056

[26] La relación tejido blando/hueso es un mejor predictor de infección periprotésica en la artroplastia total de rodilla que el índice de masa corporal: Estudio retrospectivo de casos y controles. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.09.022

[27] Disparidades en la pérdida de peso preoperatoria y en el tratamiento de la obesidad antes de la artroplastia total de articulaciones. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2026.06.021