

Osteoartritis de cadera

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

Qué está sintiendo

La artritis de cadera suele comenzar de forma silenciosa. El dolor suele aumentar gradualmente a lo largo de meses o años, aunque también puede aparecer tras una lesión leve. La mayoría de las personas lo sienten en lo profundo de la ingle, en la parte frontal de la cadera. El malestar suele intensificarse con la actividad y disminuir con el reposo.

Ciertos movimientos y posturas lo empeoran. Flexionar la cadera puede desencadenar el dolor. El hecho de permanecer sentado durante mucho tiempo es un desencadenante frecuente; por eso, los viajes en coche, los asientos del cine y las reuniones largas pueden resultar incómodos. Caminar, correr, girar o cambiar de dirección rápidamente también pueden agravarlo. Algunas personas perciben chasquidos, bloqueos o fricción en la cadera; esto se debe al desgaste del revestimiento articular y del cartílago que recubre el hueso.

El dolor suele seguir un patrón a lo largo del día y de la noche. Puede ser más intenso después de hacer ejercicio, y provocar rigidez o molestia al despertar. A muchas personas con artritis de cadera les cuesta dormir; el malestar nocturno es, de hecho, una parte importante de esta enfermedad.

Las tareas cotidianas pueden volverse más difíciles sin que uno se dé cuenta. Levantarse repetidamente de una silla o salir de un asiento bajo requiere más esfuerzo. Es posible que se incline hacia adelante o desplace el peso a un lado para poder moverse. Caminar distancias mayores de lo habitual, subir escaleras y entrar o salir del coche son situaciones que suelen resultar problemáticas.

La ubicación del dolor es importante. El dolor en la parte frontal de la ingle suele indicar un problema dentro de la propia articulación de la cadera. El dolor a lo largo del lateral del muslo o en la parte posterior de la cadera y la pelvis suele deberse a otras causas, como irritación de estructuras situadas fuera de la articulación, problemas en la zona lumbar o en la unión entre la columna vertebral y la pelvis. La artritis de cadera también puede coexistir con un estrechamiento de la columna lumbar que comprime los nervios; por eso, ambos problemas pueden presentarse simultáneamente.

Si esto se asemeja a su caso, su cirujano podrá ayudarle a determinar qué está provocando su dolor.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Una cadera sana es una articulación esférica. La “bola” situada en la parte superior del fémur encaja dentro de una cavidad redonda en la pelvis. Ambas superficies están recubiertas por una capa lisa de cartílago, un tejido resistente y deslizante que permite que ambas partes se deslicen una sobre la otra. Puede considerarse como el amortiguador y lubricante natural de la articulación.

La artritis de cadera se produce cuando ese cartílago se desgasta. Al disminuir la protección que ofrece, el hueso empieza a rozar contra el hueso. El hueso situado bajo el cartílago se engrosa y cambia de forma; además, se forman protuberancias óseas llamadas osteofitos en los bordes de la articulación. El revestimiento articular, los ligamentos que mantienen unida la cadera y los músculos circundantes también pueden verse afectados. A pesar del nombre, en este caso la artritis es mayormente consecuencia del desgaste y no de una inflamación continua.

Los síntomas descritos anteriormente son consecuencia directa de todo ello. La pérdida de cartílago impide que la articulación se mueva con suavidad, lo que genera ruidos de fricción y sensación de bloqueo. El dolor profundo en la ingle se debe a las superficies desgastadas y al revestimiento articular sobrecargado. La rigidez matutina se produce porque la cadera ha permanecido inmóvil durante la noche. Los músculos alrededor de una cadera afectada por artritis también suelen debilitarse; por eso, ponerse de pie, subir escaleras y moverse requieren más esfuerzo que antes.

El desgaste no ocurre al azar. La forma de ciertas caderas hace que ciertas zonas soporten mayor carga con el paso de los años. Una cavidad acetabular demasiado poco profunda concentra la fuerza sobre una zona reducida de cartílago. El exceso de hueso en la unión entre la cabeza femoral y su cuello, o en el borde de la cavidad, puede comprimirse durante el movimiento, desgastando el cartílago y el anillo de tejido conectivo que sella la articulación. Las lesiones previas, incluidas las luxaciones de cadera, también pueden provocar desgaste años después.

En la mayoría de las personas, todo esto se acumula gradualmente a lo largo de los años. Si su cadera muestra signos de este proceso, su cirujano podrá examinarla, analizar las radiografías junto con usted y explicarle cuál es la situación actual.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. Una evaluación clínica, que incluye su historial médico, un examen físico y estudios por imágenes si es necesario, permite establecer el diagnóstico. En el caso de problemas crónicos como este, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos y consideramos la cirugía cuando estos no logran una mejora suficiente.

Los primeros pasos son medidas que usted mismo puede tomar. Perder peso puede aliviar el dolor y facilitar la movilidad. El uso de un bastón le ayudará a mantenerse activo y a reducir la presión sobre la cadera. También es

importante modificar sus movimientos: reducir la práctica de correr y otros ejercicios de alto impacto, así como evitar escaleras, pendientes y sentadillas, puede contribuir a mejorar la situación. La fisioterapia tiene como objetivo fortalecer los músculos alrededor de la cadera y mejorar su movilidad. Un programa de ejercicios y educación dirigido por un fisioterapeuta, de seis semanas de duración, ha demostrado generar mejoras duraderas en el dolor de personas con artritis de cadera, incluso en quienes están en lista de espera para una prótesis de cadera. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) cuentan con sólida evidencia científica para aliviar el dolor de la artritis de cadera. En cambio, no existen pruebas que respalden el uso del sulfato de glucosamina para este trastorno.

Si los medicamentos y los ejercicios no resultan suficientes, las inyecciones intraarticulares constituyen una alternativa. Las inyecciones de cortisona (un medicamento esteroide administrado dentro de la articulación) pueden proporcionar un alivio significativo del dolor y una mejora funcional a corto plazo, surtiendo efecto en cuestión de días o semanas. Por lo general, este beneficio dura hasta tres meses, aunque no se mantiene de forma constante después de ese período. Tanto las inyecciones de ácido hialurónico (un líquido lubricante similar al que producen naturalmente las articulaciones) como las inyecciones de plasma rico en plaquetas (PRP, elaborado a partir de una muestra de su propia sangre) pueden disminuir el dolor y mejorar la función articular a corto plazo. El PRP, solo o combinado con ácido hialurónico, produce efectos sobre el dolor y la función que perduran hasta seis meses, un plazo mayor que el que logra el ácido hialurónico por sí solo. Una sola inyección de aloinjerto amniótico en suspensión (preparado a partir de tejido placentario donado) puede aliviar el dolor hasta un año en casos de artritis de cadera de gravedad moderada. El efecto secundario más frecuente de la inyección combinada de ácido hialurónico y cortisona es el dolor temporal en la cadera. No se recomienda el uso de opioides para el dolor crónico por artritis, pues su efecto es mínimo y no compensa los riesgos asociados.

La cirugía se considera cuando el dolor en reposo, al moverse o al soportar peso es tan intenso que le impide trabajar o realizar sus actividades cotidianas, a pesar de haber seguido los pasos mencionados. La artroplastia total de cadera (que consiste en reemplazar la cabeza femoral y el acetábulo desgastados por superficies artificiales) disminuye el dolor y mejora la función de la cadera. Analizaremos juntos si este procedimiento es adecuado para usted y tomaremos la decisión en conjunto.

Qué esperar

La artritis de cadera rara vez mejora por sí sola, pero tampoco siempre avanza rápidamente. En muchas personas, la enfermedad adopta un patrón a largo plazo: brotes de dolor al hacer actividad, periodos de calma intermedios y un cambio gradual en lo que la cadera permite hacer. Algunas caderas permanecen prácticamente iguales durante años; otras se desgastan más rápido, especialmente si desde el principio la forma de la articulación era distinta o si la artritis es hereditaria.

Si no se interviene, el pronóstico varía. Muchas caderas con desgaste inicial nunca generan problemas: en un periodo de unos 25 años, el 14% de las caderas con una forma que provoca compresión durante el movimiento desarrollaron síntomas de artritis que requirieron atención, y el 4% terminaron necesitando un reemplazo de cadera. Una vez que el desgaste ya está establecido, el cuadro clínico es menos predecible. El dolor puede disminuir con el paso de los años incluso sin cirugía, aunque la cadera suele perder algo de movilidad, sobre todo al flexionarla y girarla hacia adentro. No existe una forma fiable de predecir el curso de la enfermedad

únicamente a partir de una radiografía, pues el grado de molestias que causa la cadera no se corresponde exactamente con el nivel de desgaste observado.

El objetivo del tratamiento es mantenerle en movimiento y cómodo el mayor tiempo posible. El ejercicio y la fisioterapia pueden aliviar el dolor y mejorar su calidad de vida, incluso cuando la artritis está avanzada. Las inyecciones pueden calmar los brotes inflamatorios, aunque sus efectos desaparecen al cabo de unos meses. Si finalmente se somete a un reemplazo de cadera, debe saber que, por lo general, la cadera funciona y se siente mejor después de la operación; no obstante, muchas personas siguen notando ciertas limitaciones años después. Esperar demasiado para operarse, una vez que es necesario, puede ser perjudicial: cuanto más tiempo permanezca una cadera artrítica sin tratamiento, más se atrofian y se vuelven rígidos los músculos circundantes, lo cual puede dificultar su recuperación posterior.

Su estado general antes de la cirugía también es importante. Las personas que llegan al reemplazo de cadera con mejor salud general y ánimo suelen tener mejores resultados después. Su cirujano puede ayudarle a determinar en qué punto se encuentra su cadera y qué opciones merece la pena probar antes o en lugar de la cirugía.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si experimenta dolor en la ingle que reaparece con la actividad, o si sentarse, caminar o mover la cadera se vuelve cada vez más difícil a lo largo de meses, no días. Solicite una evaluación especializada si el reposo, el ejercicio y los analgésicos sencillos no han surtido efecto suficiente, o si la cadera se está volviendo rígida e impide que realice su trabajo habitual o sus tareas diarias. Informe a su médico si el dolor de cadera le impide dormir, o si se siente deprimido o agotado por el mismo, pues estos síntomas también merecen tratamiento junto con el problema de la cadera. Si ya le han indicado que su cadera tiene una forma distinta o que se “atraba” al moverse, mencione eso también, ya que puede influir en la elección del tratamiento más adecuado.