

ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS TERAPEUTICOS OBTENIDOS EN 157 CASOS DE ARTROSIS

Drs. B. Barrós, M. Dighiero, F. Ferreyra, G. Lapidc, Br. E. Amado.

(Con la colaboración del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública, por intermedio del Sr. Raúl Arrieta Larrosa).

La trascendencia del problema médico- social de las artrosis, en sus aspectos individuales y sociales, es tal que nos ha parecido útil tener una evidencia estadística de los resultados obtenidos con las terapéuticas más conumente utilizadas por nosotros.

Hemos extraído del total de artrósicos estudiados, aquellos que han sido tratados durante un tiempo que haga la observación válida.

La finalidad de esta comunicación es:

- 1) evaluar la eficacia real del tratamiento médico.
- 2) precisar las indicaciones de la técnica y táctica en cada grado y localización.

MATERIAL Y METODO

El análisis se realizó sobre 157 casos que fueron clasificados en:

- 1) **Poliartrosis:** más de dos articulaciones no simétricas distintas tomadas. Dentro de ellas hay que distinguir:
 - a) la poliartrosis asimétrica con tendencia evolutiva propia en cada articulación.
 - b) la poliartrosis crónica progresiva, poco frecuente, con localizaciones periféricas bilaterales y simétricas y tenden-

Trabajo del Departamento de Reumatología de la Clínica Médica del Profesor Dr. F. Herrera Ramos.

dencia evolutiva uniforme para todas las articulaciones. Es una enfermedad del joven, que puede instalarse: a) sin antecedentes hereditarios y personales; b) con carácter familiar y hereditario.

2) **Monoartrosis:** un órgano articular uni o bilateralmente afectado. Las poliartrosis las estudiamos en un solo grupo.

Las monoartrosis se analizan en cuatro separados:

- a) La artrosis coxofemoral.
- b) La artrosis de rodilla.
- c) otras artrosis menos frecuente: metatarsofalángicas, dedos de mano, trapezometacarpiana, hombro, sacroiliaca, son englobadas en un solo grupo.

Se analizan también en conjunto los 157 casos de artrosis que, a los fines terapéuticos, se desdoblan en 175, para dar una idea global de los resultados obtenidos.

Desde el punto de vista clínico radiológico, dividimos la artrosis en cuatro grados, que van desde las pequeñas alteraciones del grado I, a la invalidez que puede ser total del grado IV (Exponemos esta clasificación en detalle al final de este trabajo). Se funda en la existencia de 6 elementos clínicos y en el aspecto radiológico, y nos da una visión de los períodos evolutivos del proceso, que tienen en la clínica múltiples matices de paso entre un grado y otro.

Para el diagnóstico de cada grado no es necesaria la presencia de los seis hechos fundamentales si no que basta a veces la existencia de sólo dos de ellos.

Hemos efectuado:

- I^o) a) una clasificación en edad, sexo y grado, para cada localización.
- b) el análisis de los resultados terapéuticos obtenidos en cada década y grado, considerando el estudio de la eficacia de las medicaciones solas o asociadas.
- II^o) Un análisis de conjunto de la totalidad de casos y los resultados terapéuticos logrados.

El estudio estadístico fué realizado en función de la terapéutica, por lo cual los datos sobre edad, sexo y grados aún cuando poseen valor, este es relativo pues se refiere sólo al grupo tratado.

La terapéutica la hemos dividido a los fines del estudio estadístico en:

- A) analgésicos y revulsivos
- B) PriscoI en

}	ionizaciones
	ungüento
	infiltraciones
- C) Novocaína, en infiltraciones periarticulares.
- D) Compuesto F, intraarticular.
- E) Fisioterapia.

Estas terapéuticas se emplearon solas o combinadas.

Los resultados obtenidos se clasifican en forma promedial en cuatro grados y el tiempo de observación se expresa en meses promedialmente. El grado cuatro, correspondería a un 100 % de mejoría.

Las discrepancias en los números totales del análisis por edad, etc. y del resultado terapéutico, dependen de que en éste, un mismo enfermo, por realizar su tratamiento en dos o más etapas es considerado como más de una unidad.

CUADRO I. — POLIARTROSIS.

En 25 casos de poliartrosis de diversos grados, el 88,5 % son mujeres.

Las edades fluctúan entre 33 y 70 años, con un valor promedio de 56,9 años.

En los casos aludidos, predomina la afección del primer grado con un 52,1 % del total y le sigue el grado II, con 43,4 % y el III con 0,5 %; no se observaron casos de IV grado.

Se hace constar que al clasificar promedialmente los grados de la afección, se tomó como pauta la localización de mayor entidad. Las mejorías fueron expresadas en forma global, teniendo sobre todo en cuenta la localización máxima.

CUADRO II. — POLIARTROSIS. (ver cuadro aparte)

Este cuadro muestra 26 casos de poliartrosis de varios grados, que fueron tratados en un tiempo promedial de 23,9 meses. Evidencia también los tiempos malos de tratamiento y lo obtenido con las diversas terapias en cada grado de la afección.

CUADRO I

CASOS DE POLIARTROSIS
POR SEXO, EDAD Y GRADO DE LA AFECCION

Edad	Sexo	Total	Grados			
			I	II	III	IV
30 - 39	T	2	—	2	—	—
	M	1	—	1	—	—
	F	1	—	1	—	—
40 - 49	T	2	1	1	—	—
	M	—	—	—	—	—
	F	2	1	1	—	—
50 - 59	T	11	6	5	—	—
	M	—	—	—	—	—
	F	11	6	5	—	—
60 - 69	T	9	5	3	1	—
	M	2	1	1	—	—
	F	7	4	2	1	—
70 - 79	T	1	1	—	—	—
	M	—	—	—	—	—
	F	1	1	—	—	—
Total	T	25	13	11	1	—
	M	3	1	2	—	—
	F	22	12	9	1	—

Terapia	TOTAL			GRADOS DE LA AFECCION											
				I			II			III			IV		
	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4
Total	26	23,9	2,7	13	17,5	2,5	12	29,9	2,6	1	36	4	—	—	—
A	12	24,9	2,7	9	16,7	2,6	3	49	3	—	—	—	—	—	—
B	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	3	5	2	—	—	—	3	5	2	—	—	—	—	—	—
E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combinada	11	88	2,8	4	18,7	2,3	6	32,8	2,7	1	36	4	—	—	—

- A = analgésicos revulsivos
- B = Priscol
- C = Novocaína
- D = Compuesto F
- E = Fisioterapia

RESPUESTA DE 53 CASOS DE COXARTRIA A LA TERAPIA INSTITUIDA

CUADRO 4

Terapia	TOTAL			GRADOS DE LA AFECCION											
				I			II			III			IV		
	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4
Total	53	21,2	2,5	8	13,4	2,8	16	20,6	2,7	22	24,8	2,1	7	19,1	2
A	17	26,4	2,3	4	13,2	2,5	6	26	2,7	6	47,8	1,8	1	24	1
B	2	8	2,5	—	—	—	—	—	—	1	6	2	1	10	2
C	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	7	10,3	3,6	1	12	4	2	12	3,5	3	8	3,3	1	12	4
E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combinada	27	19,3	2,3	3	14	2,6	8	22,8	2,6	12	21,3	2,6	4	22	1,5

- A = analgésicos revulsivos
- B = Priscol
- C = Novocaína
- D = Compuesto F
- E = Fisioterapia

Los resultados en los 26 casos alcanzaron casi el grado 3 (2.7) o sea el 67,5% de mejoría. En 12 casos tratados exclusivamente con analgésicos y revulsivos, se obtuvo el mismo porcentaje de mejoría. Al hacer terapéutica combinada, se alcanzó el 70%. En 3 casos de compuesto F, la mejoría fué del 50%, pero es necesario hacer constar que este tratamiento fué sólo local y que se toma, para expresar los resultados, la articulación más atacada.

CUADRO III. — COXARTRIA.

Las edades fluctúan entre 18 y 80 años, con un valor medio de 65,5 años. Hay predominancia de mujeres con 58,2% del total de los casos. La clasificación por grados permite observar las proporciones siguientes: I grado 14,5%; II grado 30,9%; III grado 1,8%; IV grado 12,8%.

CUADRO IV. — COXARTRIA. (ver cuadro aparte)

La mejoría promedial obtenida en las 53 coxartrias fué de 2.5 (62,5%).

Los resultados máximos se obtienen con el compuesto F. En 7 casos tratados con él, la mejoría promedial llegó al 90%. De estos 7 casos, 1 grado I obtuvo una mejoría de 100%; 2 casos de grado II, de 87,5%; 3 casos de grado III, mejoraron un 82,5%; y un caso de grado IV, mejoró 100%, en lo que se refiere a incapacidad por dolor y contractura.

Si descartamos los casos de grado I y IV por tratarse de uno solo en cada categoría, y consideramos solamente los grados II y III, vemos que la mejoría disminuye al aumentar el grado de la afección.

Hay que hacer notar que estos resultados persisten sólo mientras se continúa el tratamiento y que al cesarlo, en un plazo variable, vuelve a instalarse la sintomatología de la afección, que no es actualmente curable, sino sólo mejorable con cualquier tipo de terapéutica.

Los tratamientos combinados dan mejoría de un 65% en los grados I, II y III y muy inferiores, 37,5% en los grados IV.

Indicamos 5 veces la cirugía en casos en que la terapéutica médica no había resultado totalmente satisfactoria. Cuatro acrí-

licos, uno en un grado III, y otro en un grado IV. Una osteotomía en un grado III. Los resultados obtenidos con la Cirugía fueron buenos, en cuatro de los casos, llevando de evolución post-operatoria de 2 meses la osteotomía, a 4 años uno de los acrílicos.

CUADRO V. — RODILLA.

En 72 casos, el 75 % fueron mujeres. Las edades variaron entre 24 y 74 años, con una media de 54.8 años. La frecuencia de los diversos grados fué I grado 36,1 %; II grado 34,7 %; III grado 27,8 %; IV grado 1,4 %.

CUADRO VI. — RODILLA (ver cuadro aparte)

La mejoría promedial es de 2.6 (65%).

Los resultados máximos se obtienen con el compuesto F, con el que se alcanzan mejorías promediales de 82% (en 16 casos).

Este porcentaje se obtiene en los 3 primeros grados de la afección, mientras disminuye en el IV grado a 75%.

CUADRO VII. — OTRAS ARTROSIS.

Sobre 11 casos, se presentaron 7 varones, es decir que el 63,6 % correspondió a ese sexo.

Las edades fluctuaron entre 26 y 55 años, con valor medio igual a 46,3 años.

La frecuencia relativa observada en los diversos grados fue como sigue: I grado 45,4 %; II grado 36,3 %; III grado 18,2 %.

No se presentaron casos del grado IV.

CUADRO VIII. — OTRAS ARTROSIS. (ver cuadro aparte)

En estos casos en que se incluyen las otras localizaciones menos comunes de la Artrosis, se usó sobre todo la terapéutica combinada, obteniéndose mejorías de un 42,5 a 75%.

CUADRO IX. — ANALISIS GENERAL DE TODOS LOS CASOS DE ARTROSIS, QUE SE HAN REUNIDO PARA ESTE ESTUDIO.

En resumen se trataron por quimio y fisioterapia, 157 casos de Artrosis.

CUADRO 5

CASOS DE ARTROSIS DE RODILLA CLASIFICADOS POR
EDAD Y GRADO DE LA AFECCION

Edad	Sexo	Total	G r a d o s			
			I	II	III	IV
Total	T	72	26	25	20	1
	M	18	4	7	7	—
	F	54	22	18	13	1
20 - 29	T	2	1	1	—	—
	M	1	—	1	—	—
	F	1	1	—	—	—
30 - 39	T	4	1	2	1	—
	M	2	1	—	1	—
	F	2	—	2	—	—
40 - 49	T	17	10	7	—	—
	M	6	3	3	—	—
	F	11	7	4	—	—
50 - 59	T	20	7	7	6	—
	M	1	—	—	1	—
	F	19	7	7	5	—
60 - 69	T	23	4	7	11	1
	M	7	—	3	4	—
	F	16	4	4	7	1
70 - 79	T	6	3	1	2	—
	M	1	—	—	1	—
	F	5	3	3	1	—

Terapia	TOTAL			GRADOS DE LA AFECCION											
				I			II			III			IV		
	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4
Total	84	15.5	2.6	28	10.4	2.8	28	20.1	2.6	24	17.6	2.5	4	6	2
A	27	17.3	2.9	13	12.6	3.1	9	20.1	2.8	5	24.4	2.4	—	—	—
B	1	3	3	—	—	—	1	3	3	—	—	—	—	—	—
C	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	16	11.1	3.3	2	3.5	3	4	8	3.8	8	18.1	3.6	2	6	3
E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combinada	40	14.9	2.2	13	9.3	2.5	14	24.8	2.2	11	15.8	2	2	6	1

A = analgésicos revulsivos
 B = Priscof
 C = Novocaína
 D = Compuesto F
 E = Fisioterapia

RESPUESTA DE 12 CASOS DE OTRAS LOCALIZACIONES DE ARTROSIS A LA TERAPIA INSTITUIDA

CUADRO 8

Terapia	TOTAL			GRADOS DE LA AFECCION											
				I			II			III			IV		
	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4	Nº de casos	Tpo. Obs. Meses	Resp. 0 a 4
Total	12	11.1	2.9	5	13.8	3.3	5	9.6	2.4	2	8	3	—	—	—
A	3	10	2.7	3	10	2.7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	2	8	3.5	—	—	—	2	8	3.5	—	8	—	—	—	—
E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combinada	7	12.4	2.3	2	19.5	2.5	3	10.6	1.7	2	8	3	—	—	—

A = analgésicos revulsivos
 B = Priscof
 C = Novocaína
 D = Compuesto F
 E = Fisioterapia

CUADRO 7

CLASIFICACION DE 11 CASOS DE OTRAS LOCALIZACIONES
DE ARTROSIS POR SEXO, EDAD Y GRADO DE LA AFECCION

Edad	Sexo	Total	G r a d o s			
			I	II	III	IV
Total	T	11	5	4	2	—
	M	7	4	2	1	—
	F	4	1	2	1	—
20 - 29	T	1	1	—	—	—
	M	1	1	—	—	—
	F	—	—	—	—	—
30 - 39	T	—	—	—	—	—
	M	—	—	—	—	—
	F	—	—	—	—	—
40 - 49	T	4	2	1	1	—
	M	3	2	1	—	—
	F	1	—	—	1	—
50 - 59	T	6	2	3	1	—
	M	3	1	1	1	—
	F	3	1	2	—	—

CUADRO 9

CLASIFICACION DE TODOS LOS CASOS DE ARTROSIS POR SEXO, EDAD Y GRADO DE LA AFECCION

Edad	Sexo	Total	G r a d o s			
			I	II	III	IV
Total	T	157	51	55	43	8
	M	51	13	14	21	3
	F	106	38	41	22	5
10 - 19	T	1	—	1	—	—
	M	—	—	—	—	—
	F	1	—	1	—	—
20 - 29	T	3	2	1	—	—
	M	2	1	1	—	—
	F	1	1	—	—	—
30 - 39	T	12	2	7	3	—
	M	6	2	1	3	—
	F	6	—	6	—	—
40 - 49	T	30	14	11	5	—
	M	14	6	4	4	—
	F	16	8	7	1	—
50 - 59	T	49	17	19	11	2
	M	8	2	3	3	—
	F	41	15	16	8	2
60 - 69	T	45	11	13	17	4
	M	15	2	5	7	1
	F	30	9	8	10	3
70 - 79	T	14	5	1	7	1
	M	5	—	—	4	1
	F	9	5	1	3	—
80 - 89	T	3	—	2	—	1
	M	—	—	—	—	1
	F	2	—	2	—	—

RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE 175 CASOS DE ARTROSIS DE ACUERDO A LA TERAPIA.
TIEMPO DE TRATAMIENTO Y GRADO

CUADRO 10

Terapia	TOTAL			GRADOS DE LA AFECCION											
				I			II			III			IV		
	Nº de casos	Tiempo Prom. Tratam.	Mejoría Prom. Obten.	Nº de casos	Tiempo Prom. Tratam.	Mejoría Prom. Obten.	Nº de casos	Tiempo Tratam.	Mejoría	Nº de casos	Tiempo Tratam.	Mejoría	Nº de casos	Tiempo Tratam.	Mejoría
Total	175	18.2	2.6	54	12.8	2.8	61	21.3	2.6	49	20.6	2.3	11	17.6	2.4
A	59	21.8	2.6	29	13.7	2.8	18	25.2	2.8	11	37.2	2.1	1	24	1
B	3	6.3	2.6	—	—	—	1	3	3	1	6	2	1	10	3
C	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	28	10	3.2	3	6.3	3.3	11	7.9	3.1	11	13.7	3.1	3	8	3.3
E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combinada	85	19	2.3	22	12.5	2.6	31	24.4	2.3	26	17.1	2.1	6	16.7	1.3

A = analgésicos revulsivos

B = Prisco

C = Novocaína

D = Compuesto F

E = Fisioterapia

En dichos casos se observó un marcado predominio del sexo femenino con 106 casos, que representan el 67,5 % del total. La zona etárea de la mayor incidencia está entre los 50 y 69 años, ya que en ese ámbito cae el 59,9 de las observaciones. La frecuencia relativa de los diversos grados fué: I grado 32,5 %; II grado 35,1 %; III grado 27,3 %; IV grado 5,1 %.

CUADRO 2. — ESTUDIO GLOBAL DE LA RESPUESTA A LA TERAPEUTICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS

(ver cuadro aparte)

CONSIDERADOS globalmente los 175 casos de Artrosis se obtuvo una mejoría promedial de 2.6 (65 %).

En los 59 casos tratados con analgésicos solamente, la mejoría fué igual a la promedial. Lo mismo sucedió con los 3 casos tratados con Priscol.

Con la terapéutica combinada, se trataron 85 casos, obteniéndose resultados algo inferiores (2,3) 57.5 %. La explicación probable de que los resultados con la terapia, en la cual se incluyen también los analgésicos, sean menores que los que se obtienen con estos solos, es quizás debido a que las terapéuticas se instituyen en forma escalonada, indicándose, primero analgésicos solo, y recurriéndose en los casos que no mejoran a las combinaciones. De esta manera en este último grupo se incluyen casos más rebeldes, lo que explica que los resultados sean inferiores, siendo necesario tener en cuenta también, que los analgésicos solos, se instituyen en los casos leves.

En 28 enfermos tratados, con Compuesto F, en forma exclusiva, se obtuvieron los mejores resultados, alcanzándose 80 % de mejoría aún en los grados más avanzados de la afección.

Hemos obtenido cuatro reacciones de intolerancia por el compuesto F, consistentes en procesos de artralgia intensa, o fluxivos, o ambos, en artrosis de rodilla; en dos de ellos con derrame importante. Cedieron muy bien y sin dejar secuelas, al reposo, antialérgicos y analgésicos. En dos se suspendió la terapéutica, en los otros se continúa sin que los accidentes se reprodujeran.

CONCLUSIONES

1) El tiempo promedial de observación fué de 18,2 meses. El tiempo mínimo fué de 2 meses y el máximo de 17 años.

2) El tratamiento médico combinado en las poliartrosis alcanzó a proporcionar una mejoría de un 70 %. En ellas son de gran importancia los analgésicos y los revulsivos.

3) En las coxartrias, el compuesto F, dió excelentes mejorías de 82,5 % a 87 %, superiores a las de otras terapéuticas combinadas que sólo proporcionaron de 37,5 a 65 %.

En las artrosis de rodilla con el Compuesto F, se obtienen resultados semejantes a los observados en la coxartria, de 75 a 82,5 % de mejoría.

4) Considerados en conjunto los 175 casos de Artrosis tratados, se llega a la conclusión de que:

a) el tratamiento con Compuesto F, es el que da mejores resultados, mejoría de 80 %.

b) le siguen los analgésicos con 65 % y las terapéuticas combinadas con 57,5 %.

5) Los resultados son inversamente proporcionales al grado evolutivo de la afección.

6) La mejoría promedial obtenida con todos los elementos del tratamiento médico alcanza a 65 %.

— 0 —

En el estudio realizado se han puesto en evidencia hechos de interés a más de los terapéuticos, que son: la posible existencia de artrosis en edades juveniles y el predominio femenino. Es visible además la respuesta útil a la terapéutica médica, mayor de lo que habitualmente se cree, lo cual nos da la seguridad de lo que podemos hacer por el bien del paciente y de la Sociedad. Es ésta una conquista que se traduce en disminución de sufrimientos para el hombre y de recuperación de unidades de trabajo para la organización social, pudiendo ofrecer así esperanza, mientras no surjan terapéuticas definitivamente curativas y definitivamente profilácticas.

CLASIFICACION CLINICA RADIOLOGICA DE LAS ARTROSIS

GRADO I

Clínica :

Dolor: no existe o es leve e intermitente.

Motilidad: activa, no alterada o poco limitada de manera in-

intermitente (disquinesia), o permanente (rara), calma con la marcha

Actitud viciosa: no.

Deformación: no.

Roces: pocos, finos, a veces gruesos; pueden no existir.

Radiología :

Nada o moderada condensación subcondral.

GRADŌ II

Clínica :

Dolor: intermitente, a veces muy prolongado y aún permanente; a menudo irradiado.

Motilidad :

Pasiva: poco o nada modificada;

disquinesia post-reposo, dolorosa o no. Sensación de pesadez post-reposo, por esfuerzo.

Activa :

Alterada en forma intermitente;

sensación de pérdida de fuerza, limitación de movimientos hasta 25 %.

Deformación: existe, aparente o no.

Actitud viciosa: no o se inicia.

Marcha: con claudicación, sin necesidad ayuda.

Roces: sí, más abundantes, más gruesos.

Radiología :

Condensación subcondral, osteofitosis incipiente, zonas de osteoporosis localizadas, pinzamiento inicial de la interlínea. A veces osteoporosis difusa de intensidad variable.

GRADŌ III

Clínica :

Dolor: intermitente, o permanente; con frecuencia intenso, de actividad o de reposos; casi siempre irradiado. Muy a menudo nocturno.

Motilidad :

Pasiva: modificada.

Activa: alterada, limitación de movimientos de 50 % y más.

Marcha: posible, con bastón.
Actitud viciosa: existe.
Deformación: existe, marcada.
Roces: sí; abundante, gruesos.

Radiología :

Osteofitos, pseudoquistes, irregularidad mayor de la interlínea con pinzamiento. Deformación epífisis. Condensación subcondral mayor.

GRADO IV

Clínica :

Dolor: permanente, muy intenso en el común de los casos, pero puede ser leve o no existir; con irradiación; nocturno.
Marcha: muy limitada, con bastón o muletas, a veces imposible.
Actitud viciosa: más acentuada.
Deformación: sí más acentuada.
Roces: sí o disminuyeron.
Motilidad: pseudoanquilosis o gran limitación.

Radiología :

Desaparición interlínea. Pseudoquistes numerosos. Gran osteofitosis. Gran condensación subcondral. Gran deformación epífisis. Con o sin osteoposis, según el momento evolutivo y factores generales.

— 0 —

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra los Profs. Dr. F. Herrera Ramos; Drs. B. Barrós; M. Dighiero; A. Sáenz y Br. E. Amado.

TRATAMIENTO MEDICO DE LAS ARTROSIS

**Prof. Dr. F. Herrera Ramos; Drs. B. Barrós; M. Dighiero;
A. Sáenz y Br. E. Amado**

Las artrosis constituyen un problema médico social de gran trascendencia sobre todo a partir de la tercera década del ciclo vital, por la forma en que invalidan al individuo, interfieren so-

Trabajo del Departamento de Reumatología de la Clínica Médica del Prof. Dr. Fernando Herrera Ramos.

bre su rendimiento, y por el peso que representan los pacientes que las sufren para la familia y el Estado.

Su terapéutica, que tiene por lo tanto un gran interés práctico, debe tender a aliviar al enfermo, evitar la repercusión de su proceso sobre su efectividad y recuperarlo como elemento productor.

Limitamos esta exposición a los elementos médicos de que dispone el terapeuta.

LOS OBJETIVOS que se persiguen son:

- 1) disminuir el sufrimiento del individuo, con lo cual se modifica la repercusión, sobre otros sectores articulares y el organismo en general.
- 2) Reducir las alteraciones de la estático dinámica en la articulación afectada y en las que le están asociadas desde el punto de vista funcional.
- 3) Tratar de detener la evolución progresiva de las lesiones anatómicas y de conseguir en lo posible su regresión.
- 4) Modificar la orientación reactiva del organismo que tiende a favorecer el proceso artrósico.
- 5) Buscar la rehabilitación del paciente.

Los objetivos 1) y 2), es decir la supresión de las manifestaciones sintomáticas y de sus consecuencias anatomofuncionales comprenden la lucha contra:

- A) **El dolor**, factor de mala posición y limitación de movimientos.

Se dispone de medios de acción local y general.

1) **de acción general:**

Analgésicos (ácido salicílico y derivados, Piram'dón, felilbutazona y sus asociaciones, antipirina, fenilcincinato de litio).

Reposo articular que se consigue:

2) **de acción local**

reposo articular que se consigue

- a) acortando los períodos de trabajo continuo, e intercalando, períodos de reposo.
- b) evitando toda sobrecarga funcional

corrección del disestatismo

fisioterapia (iontoforesis, onda corta y ultracorta, diatermia ultracorta, diatermia, ultrasonido, roengenterapia).

agentes vasodilatadores que también son analgésicos indirectos y a veces directos: novocaína, histamina, Prisco).)

- B) **la contractura muscular**, para contrarrestar la cual usamos:
- 1) Tolserol, Prostigmina, masoterapia, calor local.
 - 2) Reeducción motriz y eliminación de posiciones viciosas.

C) **la atrofia muscular**, que puede ser combatida con: masoterapia; ejercicios activos con o sin resistencia, con o sin apoyo de la articulación; ambos orientados especialmente hacia los grupos musculares en déficit.

D) **limitación de movimientos y de la actitud viciosa**, que dependen de la alteración articular y de la repercusión muscular secundaria a ésta. La alteración articular actúa por: dolor; modificaciones de las superficies que llevan a la incongruencia; por la existencia de topes mecánicos debidos a la reacción osteofítica: por alteración de las líneas de fuerza.

Contra estos dos elementos, limitación de movimientos y actitud viciosa, luchamos con los medios ya citados al tratar los fenómenos musculares.

De estas tres últimas manifestaciones: contractura muscular y atrofia, limitación de movimientos y actitud viciosa es que dependen la impotencia funcional y al tratarlas es que corregimos ésta.

Este tratamiento es en realidad algo más que sintomático, pues elimina trastornos que crean verdaderos círculos viciosos que agravan la afección.

Hay otras alteraciones que coexisten con frecuencia, que contribuyen a la sobrecarga articular y cuyo tratamiento colaborará en la recuperación funcional del enfermo. Debemos actuar así sobre:

- A) La obesidad
- B) los trastornos de la circulación venosa
- C) las alteraciones hormonales que puedan comprobarse.

Para conseguir el tercer objetivo, disponemos de:

- a) **un esteroide suprarrenal**, la 17-11 dehidroxicorticoesterona o

compuesto F de Kendall (llamado hidrocortisona), el cual utilizado en forma de acetato en suspensión acuosa intra articular, tendrá una acción polimerizante sobre los mucopolisacáridos condrales, devolviendo así la elasticidad perdida al cartilago y su capacidad para distribuir las fuerzas que sobre él se ejercen.

b) **de fármacos vasodilatadores** que aumentan la irrigación sanguínea y posiblemente actúan favoreciendo la absorción de exudados y la nutrición condro ósea, y que son:

1) de acción local predominante:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| a) Prisco | c) novocaína (procaína) |
| b) acetilcolina | d) histamina |

2) de actividad general y local:

ácido nicotínico y derivados.
acetilcolina y las sales colinérgicas resistentes a la colinesterasa.

c) **de agentes físicos:**

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| 1) roengenterapia | 4) ultrasonido |
| 2) onda corta y ultracorta | 5) infrarrojos |
| 3) diatermia | 6) ultravioletas. |

El **cuarto objetivo**, es decir la modificación de la reactividad mesenquimal y tisular general en que evoluciona el proceso, se obtiene corrigiendo los trastornos glandulares, especialmente hipofisarios, tiro-gonado-suprarrenales y neurovegetativos. Además con la regulación de la digestión y sus factores condicionantes.

• El **quinto objetivo**, es decir la rehabilitación del paciente, es decir, reintegrarlo a la situación fisiológica o lo más próxima posible a ella. Es la tendencia fundamental de todo el tratamiento.

Al efectuarse el tratamiento sintomático ya lo estamos realizando, pues tratamos de mejorar las condiciones articulares y regionales de modo que soporten mejor la actividad, preparándolos para sus tareas habituales o nuevas tareas adecuadas a su capacidad funcional residual.

En estos cuadros como en todas las enfermedades reumáticas, la psicoterapia adquiere una gran significación. Debemos preparar el ánimo del paciente, enseñarle a comprender su afec-

ción y a adaptarse a sus limitaciones físicas, alejando de su mente la idea de la invalidez.

Las artrosis pueden presentarse como procesos mono, oligo o poliartrosales, localizados en miembros o columna.

En estas comunicaciones sólo nos ocuparemos de las localizaciones de miembros.

Pasan por una serie de períodos evolutivos, que pueden clasificarse esquemáticamente, desde el punto de vista clínico-radiológico, en cuatro grados, que van desde las pequeñas alteraciones del grado I, a la invalidez del grado IV y que exponemos en detalle en el trabajo siguiente.

ESQUEMA GENERAL DE CONDUCCION DEL TRATAMIENTO EN LAS ARTROSIS

La terapéutica utiliza en cada caso, asociados en forma diversa, los agentes citados anteriormente.

Pueden usarse tres tácticas:

A) **período de ataque**, durante el cual se buscará modificar lo más rápidamente posible el sufrimiento y los trastornos que incidan en forma aguda sobre la articulación.

B) **período de consolidación**, que tiende a aumentar y mantener la mejoría obtenida.

C) **período de mantenimiento**, durante el cual se tratarán de evitar brotes evolutivos y se afirmará la recuperación del enfermo.

Haremos también un tratamiento general o del terreno, y un tratamiento profiláctico.

La conducción de cada táctica deberá tener en cuenta los objetivos expuestos.

TRATAMIENTO DE ATAQUE

La intensidad variará según el tipo, la localización y el grado evolutivo del proceso.

En el **período evolutivo inicial (Grado I)**, hacemos:

- 1) **analgésicos** solos o asociados, prefiriendo los salicílicos unidos o no al yodo, dados por os o inyectados; el fenilcincinato de litio y la antipirina.

- 2) **vasodilatadores** locales, en forma de infiltraciones periarticulares profundas cada dos o tres días en series de 20-30 inyecciones, variando en forma periódica la zona de infiltración.
- 3) onda corta o diatermia.
- 4) Si la obediencia al tratamiento tarda en aparecer, se podrá realizar:
 - a) Compuesto F, peri o intra articular, inyecciones cada 4 días, después cada 7-10 días, suspendiéndolas al ceder el cuadro; en dosis de 2,5 a 50 mgrs., según el volumen de la articulación.
 - b) Roengenterapia, a dosis anti-inflamatorias, la cual es eficaz en este momento evolutivo.

Segundo y comienzo del tercer grado (períodos evolutivos intermedios).

- 1) Analgésicos como en el grado I, pudiéndose utilizar también la fenilbutazona unida o no a otros complejos pirrólicos, buscando la optencialización de la acción calmante.
- 2) relajantes musculares: tolserol, Prostigmine.
- 3) Vasodilatadores de de acción local, vascular y vegetativa, como en el grado anterior.
- 4) Medicación vegetativa, con acción sobre circuitos nerviosos, analgésica local fugaz, vasodilatadora: Novocaína al 1%, 5-15 cc. periarticular, inyectada cada dos días, en cada sesión en zonas diversas.
- 5) Compuesto F, se indicará:
 - a) si los medios comunes no dan el resultado esperado.
 - b) si el sufrimiento es desde el primer momento muy intenso.
- 6) La asociación de la medicación vasodilatadora y el compuesto F, puede ser de gran utilidad. Se efectuará en 2 formas: a) alternando las inyecciones, dando la medicación vasodilatadora los días que no se inyecta el compuesto F, y b) efectando la inyección al mismo tiempo, primero el Prisco periarticular, y a continuación, sin retirar la aguja, el compuesto F, intra articular.

- 7) Reposo.
- 8) Onda corta, en sus diversas formas; diatermia.
- 9) Ultrasonido.
- 10) Masoterapia y kinesiología.
- 11) Roentgenoterapia anti inflamatoria.

Tercer y cuarto grado (períodos evolutivos avanzados).

- 1) Compuesto F: inicialmente cada 4 ó 5 días, después cada 7-10-15-20 y aún 30 días. El ritmo es propio para cada enfermo y cuando se inyecta más de una articulación, para cada articulación.
- 2) Medicación vegetativa, vascular y el resto de las medidas ya indicadas para el período anterior.
- 3) Roentgenoterapia. En caso de fracaso de los anteriores. Según nuestra experiencia, en este momento evolutivo, no es totalmente favorable.

INDICACIONES ESPECIALES DE ALGUNAS LOCALIZACIONES

Coxartrosis.

El esquema general que hemos expuesto corresponde exactamente al tratamiento de esta localización.

Artrosis de rodilla.

Los hechos particulares son:

- 1) La poca eficacia de la inyección periarticular de Prisol y novocaína.
- 2) La actividad de las lociones o pomadas locales a base de: Prisol, trinitrina, ácido nicotínico o histamina.
- 3) La eficacia en los grados I a III de la iontoforesis con Prisol o histamina.
- 4) La mayor influencia de los infrarrojos.
- 5) La actividad, a veces muy rápida del Compuesto F intra articular.

Artrosis de hombro y otras localizaciones.

El esquema es el general, utilizando el de la coxartrosis en las localizaciones profundas y el de la rodilla en las superficiales.

En los nódulos de Heberden se utilizará:

- a) la terapéutica, con pomadas, onda corta, baños de contraste.
- b) en el climaterio femenino, las asociaciones de estrógenos con testosterona y progesterona por vía general.

Poliartrosis.

Usamos los métodos anteriores en las articulaciones más afectadas; analgésicos en forma intensa y terapéutica general de modificación de la reactividad del mesénquima.

TRATAMIENTO DE CONSOLIDACION

Predominarán en él los elementos anticongestivos, el compuesto F y la adaptación a la actividad.

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Se realizará la rehabilitación del individuo y se mantendrá con el ritmo necesario la terapéutica que se haya mostrado más activa, insistiendo en especial en el tratamiento general y metabólico.

TRATAMIENTO GENERAL

En toda artrosis cualquiera sea su grado, y localización, es de fundamental importancia el tratamiento del terreno, que estará regido por las características de cada enfermo, siendo por lo tanto particular para cada caso.

• 1) La dieta debe ser completa, reforzada en vitaminas, especialmente en C, en forma casi continua e intermitentemente en D₂ y A. Es muy importante complementar con minerales. Deberá hacerse estimulación hepática.

2) En caso de osteoporosis marcada usaremos el 17-metilandrostenodiol o aún la testosterona.

3) Hay que corregir las alteraciones de la función hormonal, especialmente las tiroideas y gonadales, y particularmente en el climaterio, sobre todo en el femenino, equilibrar a las pacientes y aún tratarlas en algunas localizaciones, con las asociaciones medicamentosas que nos hemos referido, dándoles las formas comunes, en depósito o en "pellets".

4) Si hay obesidad, deberá regularse con el tratamiento dietético y medicamentoso que corresponde, pues la influencia nociva del sobrepeso en las articulaciones de columna y miembro inferiores es bien conocida.

5) Se tratarán siempre las afecciones asociadas: trastornos de la circulación venosa, la hipertensión arterial, diabetes, etc., o la alcaptonuria si estuviese en la base del proceso artrósico.

TRATAMIENTO PROFILACTICO

Durante todo el tiempo de evolución se corregirán las sobrecargas funcionales que puedan llevar a la producción de fenómenos artrósicos en articulaciones hasta ese momento indemnes. para hacer dentro de lo que nos sea posible, la profilaxis del proceso que estaría orientada, en especial hacia las articulaciones en relación funcional con las atacadas, pero que debe también tener en cuenta a las demás.

Se corregirán: las actitudes viciosas y las contracturas musculares que llevan al disestatismo y a la disfunción articular. Se combatirá la obesidad, y se tratarán las afecciones osteoarticulares congénitas o adquiridas (luxaciones, fracturas, osteocondritis, pié plano, etc.) que son factores de artrosis.

La cirugía constituye una terapéutica de gran transcendencia para buen número de localizaciones artrósicas. Las indicaciones y resultados han sido brillantemente analizados en el relato del Prof. Dr. Domingo Vázquez Riolfi y a él remitimos.

Nosotros la indicados: *

- a) cuando han fracasado los medios médicos bien conducidos
- b) cuando se ha obtenido una mejoría clara; pero que no lleva a la recuperación deseada por el enfermo.
- c) en los pacientes de edad relativamente avanzada en que se desea acortar el período de sufrimiento y devolverlo lo antes posible a la vida activa.
- d) en los casos de personas muy indisciplinadas, en que es imposible obtener una conducción regular del tratamiento.

La terapéutica médica posee así indicaciones precisas, medios eficaces y los resultados que como se verá en la comunicación siguiente, superan lo que habitualmente se piensa de ella.

Para obtenerlos es necesario tratar al enfermo con sentido fisiopatológico, con una técnica precisa y táctica adecuada al grado y localización del proceso. Debe efectuarse la terapéutica con precisión, rigor y perseverancia y es sólo así que obtendremos la rehabilitación del paciente.
