

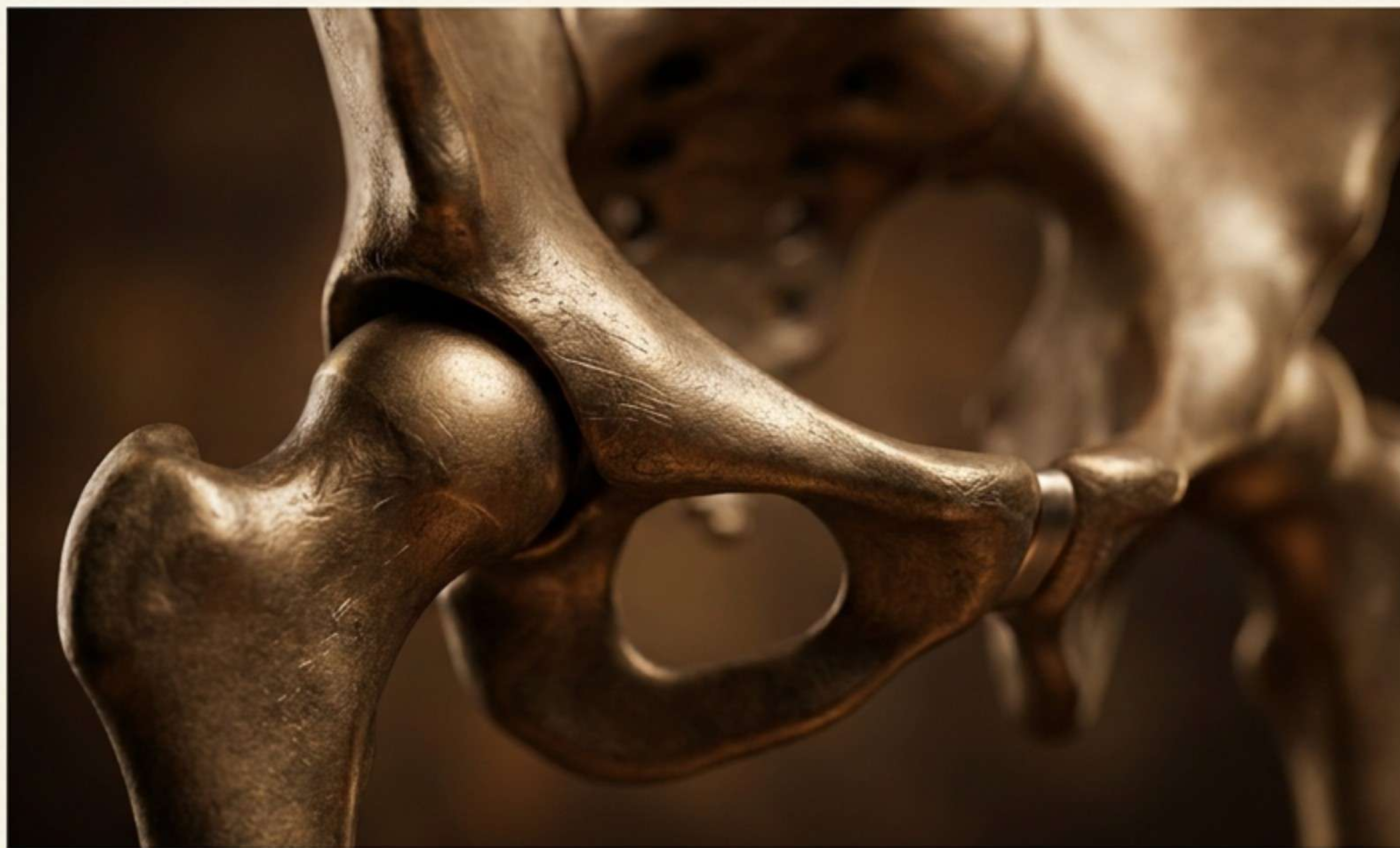
Entendiendo el desgaste articular: una guía clínica para la coxartrosis

Estrategias de tratamiento escalonado para la preservación de la cadera.

Un dossier editorial y clínico diseñado para pacientes que buscan claridad anatómica y opciones de tratamiento estructuradas.



La mecánica de la articulación coxofemoral y el origen del desgaste

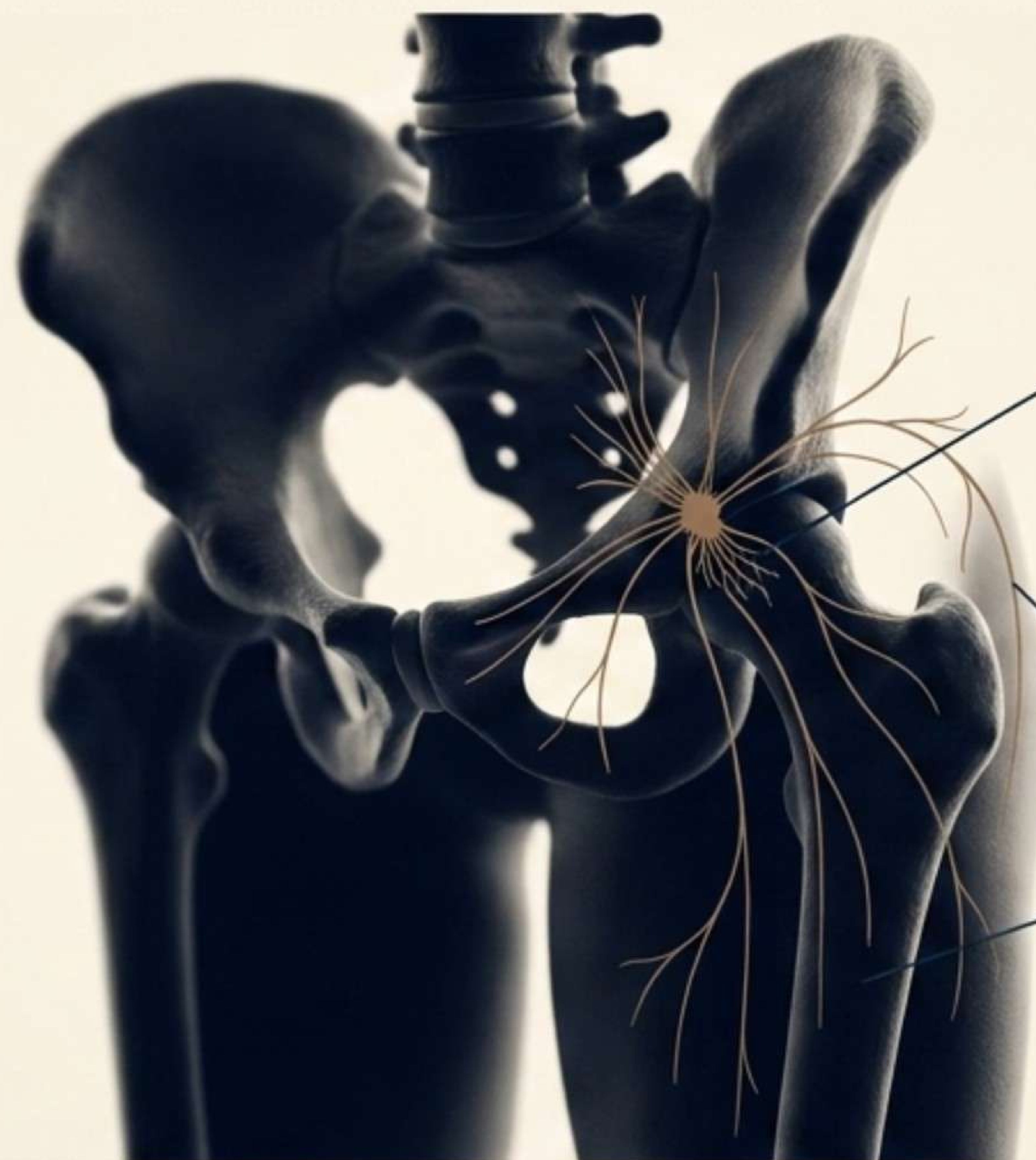


La coxartrosis es la degeneración progresiva del cartílago que recubre la cabeza femoral y el acetábulo.

Analogía Clínica: Imagine el cartílago como el recubrimiento de teflón de una articulación de alta ingeniería; cuando este recubrimiento se adelgaza, el hueso subyacente reacciona formando proyecciones óseas y la cápsula se inflama.

El mapa de irradiación confusa: por qué el dolor engaña

El dolor no siempre se aísla en la cadera. La articulación comparte vías nerviosas complejas con estructuras vecinas.



Ingle y Muslo Anterior:
Irradiación primaria por el nervio femoral.

Glúteo:
Compensación muscular e irradiación posterior.

Insight Médico

Este patrón de irradiación frecuentemente provoca diagnósticos tardíos, confundiendo con hernias o lesiones lumbares.

Los ejes de desgaste biomecánico

La coxartrosis rara vez tiene una sola causa. Es el resultado de la interacción entre fuerzas físicas y factores biológicos a lo largo del tiempo.



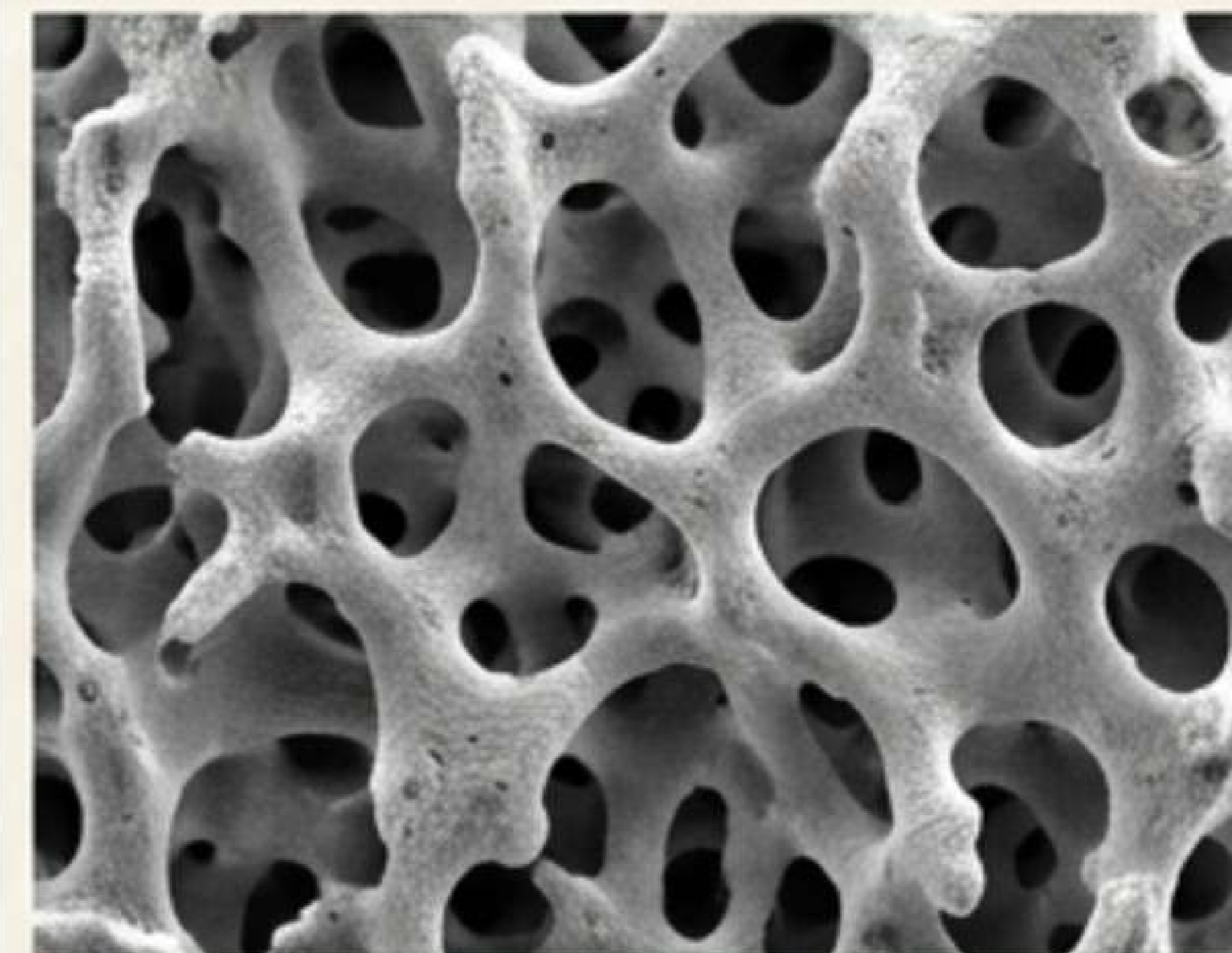
Fricción Anormal:
Choque femoroacetabular (Impingement) y displasia residual que alteran la congruencia anatómica.



Sobrecarga Mecánica:
Obesidad.



Sobrecarga Continua:
Actividades de alto impacto repetitivo.



Factores Biológicos:
Edad avanzada (50+ años) y predisposición genética.

El patrón mecánico: reconociendo los síntomas de la cadera

A diferencia de otras articulaciones, la cadera presenta un comportamiento altamente postural y mecánico.



1. Dolor con Carga: Se agrava al subir escaleras o iniciar la marcha tras el reposo.



2. Rigidez Matutina Corta: Típicamente dura menos de 30 minutos (a diferencia de la artritis inflamatoria).



3. Marcha Antiálgica: Compensación inconsciente donde el paciente carga menos peso en el lado afectado, alterando la biomecánica de la rodilla o columna.

Matriz de Diagnóstico Diferencial: ¿Cadera o Columna Lumbar?

Dimensión Clínica	Coxartrosis (Cadera)	Radiculopatía (Lumbar)
Rigidez Matutina	Corta (< 30 minutos)	Variable, a menudo prolongada
Desencadenante	Rotación interna (ej. cruzar la pierna)	Flexión de la columna (ej. agacharse)
Tipo de Dolor	Mecánico, sordo en ingle/muslo	Punzante, eléctrico hacia la pantorrilla
Síntomas Asociados	Restricción de movimiento articular	Hormigueo, adormecimiento neurológico

Insight: Ambas condiciones pueden coexistir, por lo que la exploración clínica es indispensable.

La exploración física: buscando la restricción invisible

El diagnóstico definitivo comienza antes de cualquier radiografía. La maniobra clínica traduce el dolor en información diagnóstica.

Limitación de Rotación Interna:

- Frecuentemente el primer movimiento que se restringe. Se evalúa con la cadera en flexión de 90°.
- **Maniobra de FABER:** (Flexión, Abducción y Rotación Externa). Reproduce el estrés articular específico para diferenciar el dolor sacroilíaco del dolor coxofemoral puro.



Evidencia estructural: la radiología del desgaste

La imagen radiológica nos permite medir el grado exacto de compromiso articular. Buscamos tres signos cardinales:

1. **Pérdida de Espacio:** El indicio directo del adelgazamiento del cartílago.
2. **Osteofitos:** Reacción del hueso formando picos en los bordes.
3. **Esclerosis Subcondral:** Endurecimiento del hueso bajo el cartílago dañado.

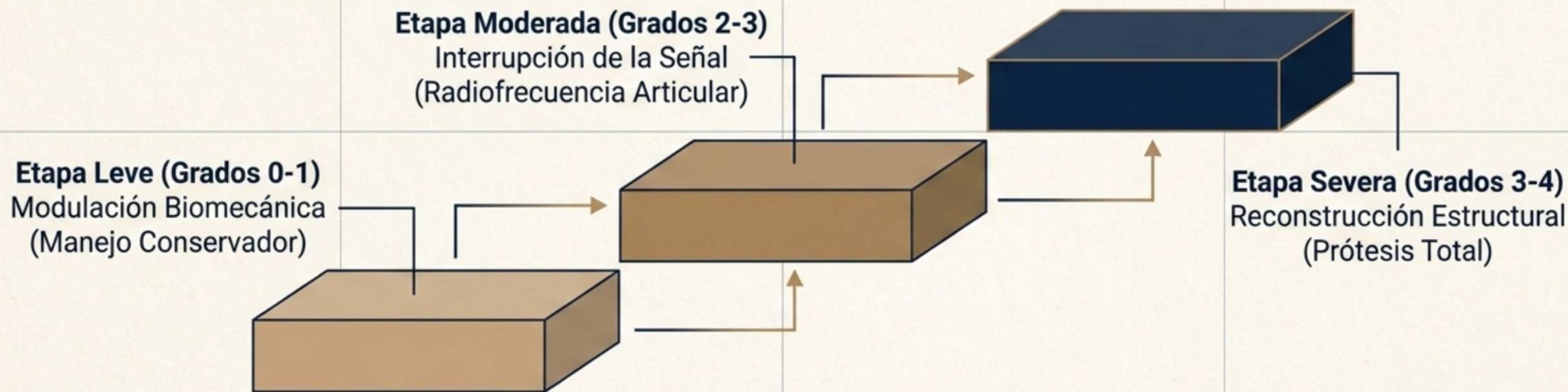


Disminución
del espacio
articular

Osteofitos

La escalera terapéutica proporcional

El tratamiento no es un ultimátum quirúrgico. Es una progresión ajustada a la severidad de la anatomía y al grado de limitación funcional del paciente.



Insight: El correlato clínico no siempre es lineal. Tratamos al paciente, no a la radiografía.

Fase 1: Manejo conservador estructurado

La base de todo protocolo de preservación articular. Estas intervenciones han demostrado beneficio sostenido en etapas iniciales:

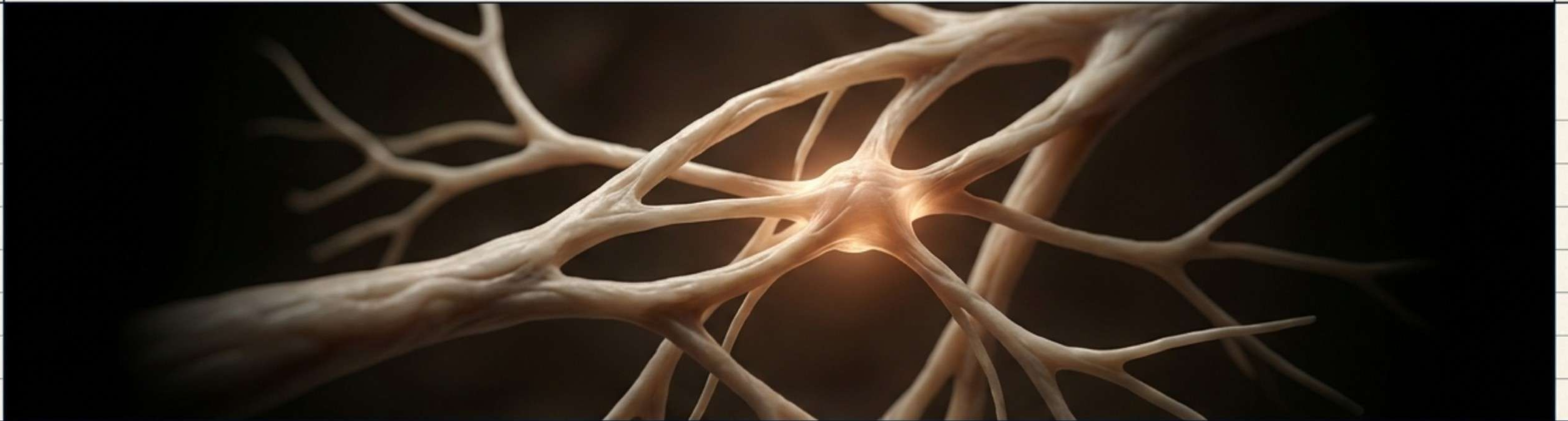


Descarga Articular: Reducción de peso corporal y uso estratégico de auxiliares de marcha (bastón contralateral).

Fisioterapia Dirigida: Fortalecimiento del glúteo medio y estabilizadores pélvicos para absorber el impacto.

Control Farmacológico: Uso de antiinflamatorios adaptados estrictamente al perfil de salud del paciente.

El punto de inflexión: recuperando el control de la señal dolorosa



El diagnóstico de artrosis no es una condena al dolor permanente ni un pase directo al quirófano. Cuando el ejercicio y la terapia física ya no logran contener los síntomas, pero la articulación aún no requiere –o el paciente no desea– una prótesis de titanio, existe una estrategia puente.

Estrategia de Intervención: Modular la transmisión del dolor mediante tecnología de mínima invasión para ganar tiempo funcional y optimizar la calidad de vida.

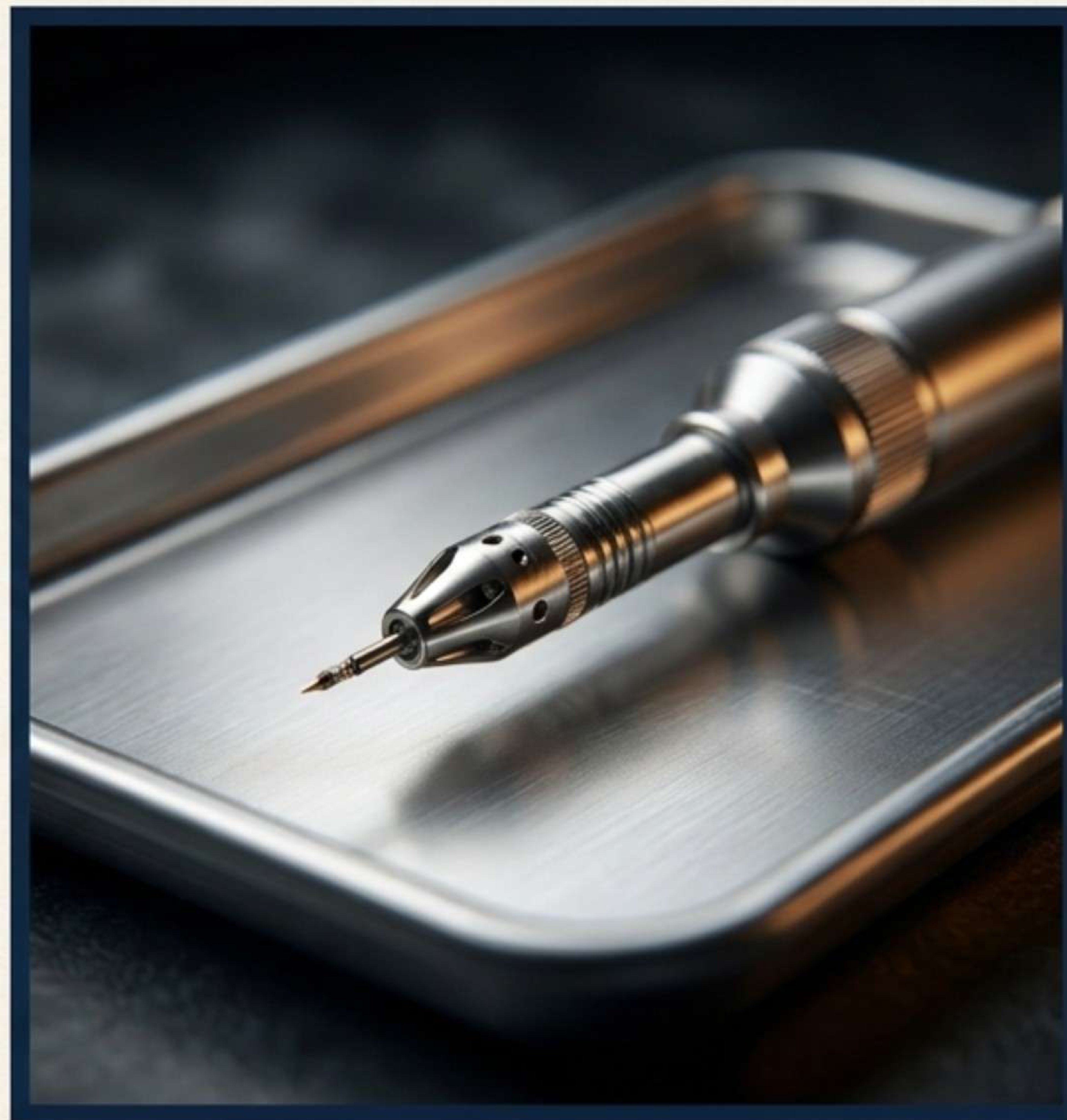
Fase 2: Radiofrecuencia de nervios articulares

Un procedimiento de mínima invasión que aplica energía térmica controlada sobre las ramas nerviosas que transmiten el dolor (nervio obturador y femoral).

Objetivo: Interrumpir la señal dolorosa sin afectar la función motora.

Evidencia Clínica: Estudios retrospectivos documentan que pacientes seleccionados reportan reducciones clínicamente relevantes del dolor a los 6 y 12 meses (diferencia VAS de -4.34).

Perfil: Ideal para pacientes con dolor persistente, o cuyas comorbilidades limitan una cirugía mayor.



Fase 3: Reconstrucción estructural (Prótesis Total)

En etapas de desgaste avanzado (Tönnis 3-4) con deterioro funcional severo, la artroplastia total es la estrategia indicada para restaurar la mecánica articular.



Decisión Informada: La indicación no se basa solo en la radiografía, sino en la pérdida de calidad de vida y limitación motriz.

Pronóstico: Asociada a altas tasas de recuperación funcional, analizando cuidadosamente la edad biológica, densidad ósea y perfil de riesgo del paciente.

Matriz del protocolo de tratamiento

Dimensión	Manejo Conservador	Radiofrecuencia	Prótesis Total
Objetivo Clínico	Estabilización mecánica	Interrupción de señal de dolor	Restauración anatómica total
Perfil de Invasión	Nulo (Terapias físicas)	Mínima invasión (Ambulatorio)	Cirugía Mayor (Artroplastia)
Impacto Estructural	Preserva el desgaste actual	Modula el dolor, no altera el cartílago	Reemplaza la articulación

Trazando su ruta clínica: ¿Cuándo buscar valoración?

No es necesario esperar a que el dolor sea incapacitante. El primer paso es **entender exactamente** dónde se encuentra la articulación. Considere agendar una valoración estructurada si:

- El dolor interfiere al caminar más de 20 minutos o conducir.
- La rigidez matutina es una constante diaria.
- El manejo conservador previo no ha dado el resultado funcional esperado.

Agenda tu valoración probabilística para diseñar una estrategia a la medida.