



¿Qué es la artritis inflamatoria?

La artritis inflamatoria (AI) es un término general utilizado para caracterizar un grupo de enfermedades en las que el sistema inmunitario del organismo ataca las articulaciones. Las articulaciones más afectadas son las rodillas, las caderas, los hombros e incluso los dedos de las manos y los pies. Los tipos de AI más reconocidos son: la artritis séptica, la gota, la pseudogota y la artritis inflamatoria autoinmune. La razón exacta por la que una persona desarrolla una AI puede variar, pero en última instancia, el sistema inmunitario del cuerpo se pone en marcha debido a una reacción a un organismo extraño (infección bacteriana), a una reacción a la deposición de cristales dentro de la articulación (gota y pseudogota), o al propio sistema inmunitario del cuerpo que se ataca a sí mismo de forma incorrecta (AI mediada por el autoinmune). En todos los casos, la articulación se inflama gravemente y puede provocar la destrucción del cartílago, la hinchazón, el dolor y, finalmente, la destrucción de la articulación (artritis).

¿Qué es la artritis séptica?

La artritis séptica, también conocida como artritis infecciosa, se produce cuando las bacterias entran en la articulación. Las articulaciones de la cadera y la rodilla son normalmente estériles y, cuando entran las bacterias, éstas, así como la propia respuesta inmunitaria del organismo para destruirlas, pueden dañar el revestimiento de la articulación, incluidos el cartílago y la superficie ósea. Un organismo puede entrar en la articulación desde el torrente sanguíneo o a través de un traumatismo directo. La bacteria más identificada es el *Staphylococcus aureus*, pero se han encontrado otros organismos estrechamente relacionados con ciertas enfermedades. Por ejemplo, la *Salmonella* se observa a menudo en la enfermedad de células falciformes [Anemia de células falciformes y reemplazo total de cadera | Cuidado de la cadera y la rodilla \(aahks.org\)](#), y la *Candida albicans* (una infección por hongos) puede verse en pacientes inmunodeficientes (el sistema inmunitario es incapaz de combatir la infección). En la mayoría de los casos, es un solo organismo el que infecta la articulación, pero en los casos de una lesión traumática en la que la articulación ha sido penetrada con un objeto extraño o un corte abierto en la articulación, los culpables pueden ser múltiples tipos de bacterias. Los pacientes suelen presentar dolor intenso, hinchazón articular, fiebre (>101°F o 38,5°C) y no pueden caminar con la pierna afectada. En el hospital, el equipo médico suele colocar una aguja en la articulación para tomar una muestra de líquido articular (también conocida como aspiración articular), que luego se analiza en el laboratorio para detectar la infección. (Véase la figura 1) El médico utilizará entonces una combinación de los síntomas del paciente y las pruebas de laboratorio que ayuden a confirmar el diagnóstico de artritis séptica. Este diagnóstico se considera una urgencia quirúrgica (tan pronto como sea médicamente posible) y suele tratarse quirúrgicamente para eliminar las



Figura 1:
Muestra de
líquido articular
que presenta
pus.



bacterias de la articulación infectada. Además, los pacientes suelen ser tratados con varias semanas o meses de antibióticos intravenosos para ayudar a minimizar la posibilidad de que la infección vuelva a aparecer y para ayudar a que los pacientes vuelvan a su estilo de vida normal y activo. Sin embargo, a veces la infección provoca la destrucción del cartílago, lo que puede provocar una artritis grave.

¿Qué son la gota y la pseudogota?

La gota y la pseudogota son dos tipos de enfermedades relacionadas, que también se clasifican como artropatías cristalinas. En estas dos afecciones, el organismo forma cristales microscópicos en el interior de la articulación, lo que puede dar lugar a una respuesta inmunitaria exagerada y a hinchazón y dolor en la articulación. Las localizaciones más comunes para un ataque son el dedo gordo del pie o la rodilla. Los pacientes con antecedentes de gota pueden ser propensos a repetir los ataques a lo largo de su vida y los brotes suelen producirse después de comer carne roja, vieiras/ciertos mariscos y beber cerveza/alcohol. Estas enfermedades se diagnostican en función de los síntomas, y el médico podrá distinguir entre gota y pseudogota tomando una muestra del líquido articular y analizándola al microscopio. En el caso de la gota, los análisis de sangre suelen mostrar niveles elevados de ácido úrico y el análisis del líquido articular mostrará cristales de urato monosódico, mientras que las muestras de líquido articular de la pseudogota muestran cristales de pirofosfato de calcio dihidratado. La consecuencia a largo plazo de la gota o de la pseudogota sin tratar es la posible destrucción del cartílago de la articulación. El tratamiento de ambos es similar y se centra inicialmente en el control del dolor con medicamentos antiinflamatorios para tratar el dolor y la hinchazón, seguidos de medicamentos de mantenimiento que ayudan al cuerpo a eliminar estos subproductos de los cristales. La gota suele tratarse inicialmente con un antiinflamatorio no esteroideo, como la colchicina (en situaciones graves pueden administrarse esteroides orales o intravenosos), y luego con alopurinol u otros medicamentos de mantenimiento para el cuidado crónico, a fin de evitar las recaídas. Los casos graves de pseudogota pueden tratarse con una inyección de esteroides en la articulación afectada.

¿Qué es la artritis inflamatoria autoinmune?

La artritis inflamatoria mediada por la autoinmunidad es una categoría de enfermedad en la que el propio sistema inmunitario del cuerpo ataca a las células y tejidos corporales normales y el sistema inmunitario funciona mal y reconoce el tejido corporal normal como un invasor extraño, como las bacterias. Esta categoría de enfermedades incluye la artritis reumatoide, la artritis idiopática juvenil, las espondiloartropatías seronegativas (por ejemplo: la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante, la artritis reactiva, la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal) y muchas otras enfermedades. A diferencia de la artritis séptica o cristalina, en la que los objetos extraños (bacterias o cristales) desencadenan una respuesta inflamatoria, en la AI mediada por la autoinmunidad, el propio sistema inmunitario del organismo ataca de forma inadecuada el hueso, el cartílago y los tejidos blandos circundantes. Esto provoca dolor e inflamación de la articulación y, si no se trata, puede provocar la degeneración de esta (véase



Figura 2: Radiografía de rodilla con enfermedad articular degenerativa por artritis inflamatoria.



la figura 2). El médico puede diferenciar la afección específica subyacente basándose en los síntomas del paciente y en los valores de laboratorio específicos.

El tratamiento se centra en disminuir los síntomas de dolor e hinchazón con medicamentos antiinflamatorios, pero el tratamiento a largo plazo implica medicamentos especiales que alteran directamente la respuesta inflamatoria del organismo. Los medicamentos más conocidos para tratar esta enfermedad son los glucocorticoides (esteroides) y los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD), como el metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida y la hidroxicloroquina. Los medicamentos DMARD biológicos incluyen etanercept, adalimumab, tocilizumab, infliximab, golimumab, abatacept, tofacitinib, entre otros. Estos medicamentos han supuesto un cambio de rumbo y han dado lugar a una reducción de más del 75% en la necesidad de cirugía de reemplazo articular en pacientes con AI mediada por el sistema autoinmune. Sin embargo, estos medicamentos actúan suprimiendo el sistema inmunitario, lo que también puede hacer que la persona que los toma sea más susceptible a las infecciones.

Artroplastia total de rodilla (ATR) [Reemplazo total de rodilla | Cuidado de la cadera y la rodilla \(aahks.org\)](#) y la artroplastia total de cadera (ATC) [Reemplazo total de cadera | Cuidado de la cadera y la rodilla \(aahks.org\)](#) son excelentes opciones para los pacientes con AI que no han mejorado con el tratamiento no quirúrgico. Los pacientes que deberían plantearse la reemplazo articular son aquellos que han sufrido un importante estrechamiento del espacio articular y una probable destrucción ósea debido a su patología inflamatoria, lo que les provoca un importante dolor y les dificulta la movilidad. Aunque la ATC y la ATR son muy exitosas, los pacientes con AI pueden tener un mayor riesgo de sufrir una complicación, como una infección postoperatoria. Especialmente en los pacientes con un sistema inmunitario debilitado, debido a la genética o a los efectos secundarios de medicamentos como los DMARD, el riesgo de infección tras la cirugía puede ser mayor en comparación con los que no tienen un sistema inmunitario alterado. En otras palabras, la ventaja de los DMARD es que reducen la respuesta inmunitaria del cuerpo para evitar que se ataque a sí mismo de forma inadecuada, pero al hacerlo, el cuerpo también tiene una respuesta atenuada (o más débil) para cuando necesite luchar contra las infecciones. Las infecciones postoperatorias pueden requerir una, si no más, cirugías de revisión para ayudar a eliminar la infección subyacente [La infección y su prótesis articular | Cuidado de la cadera y la rodilla \(aahks.org\)](#) (en inglés). En la cirugía de prótesis articular, las cirugías múltiples en la misma articulación se han asociado a un aumento de las complicaciones postoperatorias

A pesar de los riesgos potencialmente mayores de infección, los pacientes con AI no deben ser disuadidos de someterse a la ATR, si está indicada. Incluso los pacientes que están tomando DMARD pueden tener resultados satisfactorios. Los pasos más importantes son colaborar con el médico de cabecera, el reumatólogo y el cirujano ortopédico para elaborar un plan quirúrgico que tenga en cuenta la medicación que se esté tomando. Las últimas recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología y de la Asociación Americana de Cirujanos de Cadera y Rodilla son que algunos DMARD pueden continuarse desde antes hasta después de la cirugía, mientras que otros deben suspenderse temporalmente antes de la operación y reiniciarse en un horario determinado (Tabla 1). En cualquier caso, los pacientes con AI deben comprender que existe un riesgo aproximadamente 3 veces mayor de complicaciones, como el retraso en la cicatrización de las heridas y la infección articular superficial o profunda después de la reemplazo articular, pero ese riesgo puede reducirse con una optimización preoperatoria adecuada, la gestión de la medicación y la coordinación entre los médicos.

Resumen



Si padece alguna de estas artropatías inflamatorias (autoinmune, gota, pseudogota, artritis séptica), póngase en contacto con su cirujano ortopédico para que le ayude con el diagnóstico y el tratamiento. Muchas de estas afecciones pueden tratarse de forma segura, aunque será fundamental una atención especial y una comunicación adicional si se somete a una intervención quirúrgica, como una prótesis de cadera o rodilla, si está tomando medicamentos inmunosupresores.

Tabla 1. Administración de la medicación perioperatoria, es decir, ¿Qué medicamentos debo dejar antes de la cirugía?

Administración de la medicación perioperatoria		
Medicamento	Antes de la cirugía	Después de la cirugía
Metotrexato	No dejar de utilizar	Continuar
Leflunomida	No dejar de utilizar	Continuar
Sulfasalazina	No dejar de utilizar	Continuar
Hidroxicloroquina	No dejar de utilizar	Continuar
Etanercept, Adalimumab, Tocilizumab	Mantener 2 semanas antes de la cirugía	Reiniciar 14 días después de la cirugía
Infliximab, Golimumab, Abatacept	Mantener 5 semanas antes de la cirugía	Reiniciar 14 días después de la cirugía
Tofacitinib	Mantener 1 semana antes de la cirugía	Reiniciar 14 días después de la cirugía

*Por favor, consulte a su reumatólogo o cirujano ortopédico ANTES de dejar o reiniciar cualquiera de estos medicamentos.



Escanee esto con su teléfono para conectarse a más artículos y vídeos sobre el cuidado de la cadera y la rodilla.

Este artículo ha sido escrito por el Dr. Jonathan R. Danoff, en colaboración con el Comité de Relaciones Públicas y con los Pacientes de la AAHKS, y revisado por el Comité de Medicina Basada en la Evidencia de la AAHKS. Los enlaces a estas páginas o el contenido utilizado de los artículos deben citar adecuadamente a la Asociación Americana de Cirujanos de Cadera y Rodilla (AAHKS).