

REPORTE DE CASO: ARTROSIS GENERALIZADA CON AFECTACIÓN LUMBAR Y MANOS EN PACIENTE ADULTO MAYOR, SUCRE-BOLIVIA 2025

CASE REPORT: GENERALIZED ARTHROSIS WITH LUMBAR AND HANDS AFFECTATION IN AN ELDERLY PATIENT, SUCRE, BOLIVIA, 2025

Autores:

1. Condori Gras Reyna
2. Alarcon Reynaga Ximena
3. Bolivar Huayta Oscar Gustavo
4. Capia Mamani Juan Carlos
5. Coca Morales Micaela
6. Escalante Mamani Jhosmar
7. Ferreria Liendo Herland Jesus.
8. Gutierrez Alejandra.
9. Mora Gonzales Beatriz
10. Paredes Rojas Nayleth Alejandra
11. Ramirez Rocha Fernanda Emili
12. Tupa Veniz Juan Osvaldo
13. Vargas Coronado Nicolas

1. Facultad de Medicina "Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca". Docente; Especialidad en Reumatología. Correo electrónico: reyna-cgras.76@gmail.com
- 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Estudiantes de Quinto año.

Recepción 10 de junio 2025
Aceptación 20 de septiembre 2025

RESUMEN

Introducción: La artrosis o osteoartritis es una enfermedad articular degenerativa crónica caracterizada por dolor, rigidez y limitación funcional, con cambios estructurales progresivos como pérdida de cartílago, osteofitos y alteraciones subcondrales. Su prevalencia aumenta con la edad y constituye una de las principales causas de discapacidad en adultos mayores.

Reporte de caso en consultorio privado: Se presenta un paciente a consulta (2025) de sexo masculino de 70 años, residente en Sucre, jubilado, con dolor lumbar crónico de más de tres años de evolución y dolor en articulaciones interfalángicas distales de un año de evolución. Al examen físico se evidencian nódulos de Heberden en ambas manos y dolor mecánico en columna lumbar. Los exámenes complementarios reportaron hipertrigliceridemia y radiografías de columna lumbosacra con osteofitos y pinzamiento interarticular en L5-S1. Estos hallazgos, junto a la clínica, confirmaron el diagnóstico de artrosis generalizada con afectación lumbar y de manos.

Conclusión: El abordaje integral de la artrosis debe combinar medidas no farmacológicas educación, fisioterapia, control de peso y ejercicios adaptados con tratamiento farmacológico individualizado para el dolor, considerando también los factores metabólicos. Este enfoque permite mejorar la función, retardar la progresión de la enfermedad y optimizar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Artrosis generalizada; Dolor lumbar; Nódulos de Heberden; Hipertrigliceridemia; Caso clínico

ABSTRACT

Introduction: Osteoarthritis is a chronic degenerative joint disease characterized by pain, stiffness, and functional limitation, with progressive structural changes such as cartilage loss, osteophytes, and subchondral changes. Its prevalence increases with age and is one of the leading causes of disability in older adults.

Case report from a private practice: A 70-year-old male resident of Sucre, retired, presented to our consultation (2025) with chronic low back pain of more than three years' duration and pain in the distal interphalangeal joints of one year's duration. Physical examination revealed Heberden's nodes in both hands and mechanical pain in the lumbar spine. Complementary tests revealed hypertriglyceridemia and lumbosacral spine X-rays showed osteophytes and interarticular impingement at L5-S1. These findings, together with the clinical manifestations, confirmed the diagnosis of generalized osteoarthritis with lumbar and hand involvement.

Conclusion: A comprehensive approach to osteoarthritis should combine nonpharmacological measures—education, physical therapy, weight control, and adapted exercises—with individualized pharmacological treatment for pain, also considering metabolic factors. This approach improves function, slows disease progression, and optimizes the patient's quality of life.

Keywords: Generalized osteoarthritis; Low back pain; Heberden's nodes; Hypertriglyceridemia; Clinical case

INTRODUCCIÓN

La artrosis, también conocida como osteoartritis, es una enfermedad articular degenerativa crónica caracterizada por dolor, rigidez, limitación funcional y cambios estructurales como la pérdida de cartílago, formación de osteofitos, sinovitis y alteraciones en el hueso subcondral (1).

A nivel mundial, en 2019 se estimaba que alrededor de 528 millones de personas padecían artrosis, con una tendencia creciente debido al envejecimiento poblacional, la obesidad y los traumatismos articulares (2). En Latinoamérica, diversos estudios muestran que afecta a un porcentaje importante de personas mayores de 40 años, con predominio en mujeres (3).

En su forma generalizada, definida como la afectación de tres o más grupos articulares, se asocia a factores como la predisposición genética, la edad avanzada, la obesidad y la sobrecarga mecánica (4). Clínicamente, puede comprometer articulaciones como las manos, rodillas, caderas y columna, generando un importante impacto en la calidad de vida (5).

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016–2017 reportó una prevalencia de 9 % para artrosis de cadera, 14,4 % para artrosis de rodilla y 4,6 % para la coexistencia de ambas, lo que corresponde a un 19 % combinado en la población mayor de 55 años (4). Estudios locales estiman además que más del 50 % de las personas mayores de 50 años presentan artrosis en al menos una articulación relevante, siendo la rodilla la más afectada (6).

En cuanto a la fisiopatología, la artrosis involucra a toda la articulación como unidad funcional, comprendiendo el cartílago, el hueso subcondral y la membrana sinovial, lo que explica su carácter progresivo y complejo (1).

EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud (SALUD, 2023). 528 millones de personas a nivel mundial viven con artrosis en la rodilla; representando un aumento del 113% desde 1990. Cerca del 73% sufren artrosis de rodilla tienen más de 55 años. La rodilla es la articulación más afectada, seguida por las articulaciones de mano y cadera (7).

La artrosis de la mano es una enfermedad frecuente que afecta al 67% de las mujeres mayores de 55 años y al 54,8% de los varones mayores de 55 años en la población general (8).

La prevalencia de artrosis en Bolivia es semejante al porcentaje a nivel mundial, entre el 3% y el 5% de la población sufre artrosis, siendo los más propensos a la enfermedad las personas de la tercera edad, obesos, diabéticos, mujeres y aquellos que por su profesión u ocupación tienen un mayor desgaste como futbolistas, militares o personas que realizan trotes o grandes caminatas (9).

ETIOLOGÍA

La artrosis cuenta con muchos factores que pueden favorecer su aparición, como antecedentes de lesiones o uso excesivo de las articulaciones, edad avanzada y sobrepeso (10).

La etiología exacta está lejos de ser totalmente entendida, a pesar de ser la patología reumatológica más común y, probablemente también la patología médica de cuya presencia hay constancia desde hace años. Los cambios estructurales que se observa en la artrosis son debidos a la combinación de diversos factores que van desde factores mecánicos a bioquímicos, cabe destacar los factores mecánicos, por ser realmente importantes en el inicio y la evolución de la enfermedad y los factores endógenos, como la mutación del colágeno tipo II (11).

La artrosis también puede tener causas primarias o idiopáticas (sin una causa específica clara) y causas secundarias (asociadas a factores o enfermedades conocidas). Algunas de las causas primarias incluyen alteraciones en áreas locales o monoarticulares y afectaciones generales que involucran tres o más áreas articulares. Por otro lado, las causas secundarias pueden ser traumáticas, tanto agudas (fracturas y luxaciones) como crónicas (provocadas por posturas laborales o deportes); congénitas, relacionadas con dismetrías, alteraciones axiales o displasias; metabólicas, asociadas a trastornos como la alcaptonuria, hemocromatosis, enfermedad de Wilson o enfermedad de Gaucher; endocrinas, relacionadas con afecciones como la acromegalia, hiperparatiroidismo, hipotiroidi-

dismo, diabetes mellitus u obesidad; enfermedades por depósitos de calcio, como el pirofosfato cálcico dihidratado o la apatita; otras enfermedades óseas y articulares, tanto localizadas (necrosis avascular, gota) como difusas (artritis reumatoide, enfermedad de Paget, osteoporosis y osteocondritis); neuropáticas, como la articulación de Charcot; endémicas, como la Kashin-Beck o la enfermedad de Mselini; y otras afecciones, como congelación, hemoglobinopatías y hemofilias (12).

FISIOPATOLOGÍA

La artrosis (OA) es una enfermedad degenerativa de las articulaciones caracterizada por la pérdida progresiva del cartílago articular hialino. Su desarrollo se relaciona principalmente con el envejecimiento, aunque también influyen otros factores como la obesidad, la predisposición genética, mutaciones en el colágeno tipo II y el sobreuso articular.

Esta patología no solo compromete al cartílago, sino que afecta de manera integral a toda la articulación, incluyendo el hueso subcondral, la membrana sinovial, la cápsula articular y los tejidos blandos periarticulares. La enfermedad se origina por un desequilibrio entre los procesos catabólicos y anabólicos de los condrocitos, lo que conduce a una degradación acelerada de la matriz extracelular y a una insuficiencia de los mecanismos de reparación, mientras que la inflamación sinovial contribuye a la progresión y a la expresión clínica de la enfermedad (13).

Este entorno inflamatorio induce la producción de óxido nítrico (NO), citocinas, prostaglandinas, radicales libres y proteasas, que activan las metaloproteasas (MMP) e inducen la liberación de interleucina-1 (IL-1) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (14).

Las MMP son enzimas proteolíticas dependientes de zinc que degradan componentes de la matriz extracelular, como colágeno y proteoglicanos; en condiciones normales remodelan y mantienen el cartílago, pero en la artrosis su actividad está desregulada, promoviendo la degradación del colágeno tipo II y otras proteínas de unión, amplificando el daño al activar otras MMP (15).

La IL-1 estimula la activación de MMP, principalmente MMP-2, MMP-3 y MMP-13, promoviendo la degradación de la matriz extracelular y la apoptosis de los condrocitos. Además, las MMP y las agregasas, como la cathepsina B y ADAMTS, contribuyen al catabolismo de proteoglicanos y proteínas de unión, mientras que el NO potencia la actividad de las MMP, incrementa los radicales libres e induce apoptosis mediante alteraciones de la homeostasis iónica (14).

CUADRO CLÍNICO

La artrosis generalizada es una enfermedad musculoesquelética crónica y degenerativa que afecta de manera progresiva a múltiples articulaciones, tanto periféricas como axiales. Se caracteriza por dolor de tipo mecánico, rigidez post-reposo de corta duración, limitación funcional y deformidad articular, siendo el compromiso articular la manifestación central de la enfermedad (16,17).

Manifestaciones articulares

El dolor articular es el síntoma más frecuente, de carácter mecánico, que aparece con la actividad y mejora con el reposo; sin embargo, en estadios avanzados puede ser constante y llegar a interrumpir el sueño (16). La rigidez matutina es característica, aunque breve, con una duración menor a 30 minutos; suele aparecer después de periodos de inactividad, lo que se conoce como “rigidez de arranque” (17).

En la exploración clínica es común la crepitación al movilizar las articulaciones y la progresiva limitación del rango articular, lo que condiciona dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria. También se observan deformidades óseas y aumento del volumen periarticular, como los nódulos de Heberden en las articulaciones interfalángicas distales y los de Bouchard en las proximales, además de la desalineación en rodillas y caderas. En articulaciones grandes, principalmente rodillas, puede existir derrame articular leve, siendo el líquido sinovial de características no inflamatorias (17). El patrón clínico es variable y puede afectar manos, rodillas, caderas, columna cervical y lumbar, con una evolución fluctuante entre periodos de exacerbación y fases de estabilidad relativa (18).

Manifestaciones extraarticulares y sistémicas

Aunque la artrosis es una enfermedad de predominio articular, también puede presentar repercusiones secundarias. A nivel muscular se observa debilidad por desuso y atrofia periarticular, que contribuyen a la pérdida funcional (16). Desde el punto de vista funcional, la limitación progresiva de la marcha, la prensión fina y la bipedestación prolongada genera una discapacidad que interfiere en la autonomía del paciente y en su desempeño cotidiano (18).

Asimismo, el dolor crónico y la pérdida de movilidad tienen un impacto importante en la esfera psicológica, favoreciendo la aparición de ansiedad, depresión y disminución de la calidad de vida. En general, la artrosis se asocia a un deterioro comparable al de otras enfermedades crónicas debido a la persistencia del dolor y la incapacidad, lo que afecta de forma significativa la calidad de vida de quienes la padecen (18).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de la artrosis generalizada se basa en la integración de hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio, siguiendo los lineamientos del American College of Rheumatology (ACR). Estos criterios buscan identificar la enfermedad en etapas tempranas y diferenciarla de otras patologías articulares, especialmente las inflamatorias (19,20).

Clínicamente, se caracteriza por dolor articular de tipo mecánico, que aumenta con la actividad y mejora con el reposo. La rigidez matutina es breve, generalmente menor a 30 minutos, y puede acompañarse de crepitación durante la movilización, disminución progresiva del rango de movimiento y aumento de volumen articular sin signos inflamatorios marcados (19,21).

Los estudios de imagen son esenciales para confirmar el diagnóstico. Los hallazgos radiográficos típicos incluyen estrechamiento no uniforme del espacio articular, osteofitos marginales, esclerosis subcondral y quistes óseos subcondrales, cambios que progresan con el tiempo y permiten evaluar la gravedad (19,20).

En los estudios de laboratorio, la artrosis generalizada no suele mostrar alteraciones significativas. La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína

C reactiva (PCR) se encuentran normales o mínimamente elevadas, mientras que el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-CCP son negativos, ayudando a descartar artritis reumatoide y otras artropatías inflamatorias (20).

Según el ACR, el diagnóstico se establece cuando el paciente presenta dolor o rigidez en tres o más áreas articulares durante la mayoría de los días del último mes, cambios radiográficos típicos en al menos dos grupos articulares afectados y ausencia de un proceso inflamatorio sistémico que explique mejor la sintomatología (19,21).

La correcta aplicación de estos criterios permite un diagnóstico temprano y la implementación de estrategias terapéuticas oportunas, con el fin de ralentizar la progresión del daño articular, preservar la movilidad y mejorar la calidad de vida del paciente (20).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la artrosis debe enfocarse en aliviar el dolor, mantener o mejorar la movilidad articular, prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente (22). Dado que no existe un tratamiento curativo, las intervenciones se basan en medidas no farmacológicas, farmacológicas, intervencionistas y, en casos seleccionados, quirúrgicas (23).

El enfoque inicial debe priorizar el tratamiento no farmacológico, que incluye educación del paciente y ejercicios físicos adaptados a sus capacidades. La educación abarca el conocimiento de la enfermedad, sus posibles complicaciones, la importancia del automanejo y la adherencia a los tratamientos recomendados (22). La actividad física, supervisada o autoguiada, debe incluir ejercicios de bajo impacto como caminatas, natación o fisioterapia, alternando períodos de reposo con ejercicios de fortalecimiento muscular y flexibilidad. La pérdida de peso, aunque sea mínima, se asocia con menor carga sobre las articulaciones y reducción del dolor (23).

El tratamiento farmacológico se utiliza como complemento para el manejo del dolor y la inflamación, facilitando la participación en programas de ejercicio.

Entre los fármacos más usados se encuentran:

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):** tópicos u orales, según la gravedad del dolor y la tolerancia del paciente, priorizando los de menor riesgo gastrointestinal.
- **Paracetamol:** recomendado en dolor leve a moderado o cuando los AINEs están contraindicados.
- **Opioides débiles:** solo en casos excepcionales y por corto tiempo, cuando otros fármacos no resultan efectivos.
- **Duloxetina:** en dolor crónico persistente, especialmente cuando hay componente neuropático (23).

Las técnicas intervencionistas pueden considerarse cuando el tratamiento conservador no logra mejorar la función o controlar el dolor:

- **Inyecciones intraarticulares de corticoides:** alivian el dolor a corto plazo y facilitan la participación en ejercicios.
- **Inyecciones de ácido hialurónico:** su eficacia es limitada y no superior a placebo en algunos estudios.
- **Artroscopias:** generalmente no recomendadas en artrosis degenerativa de rodilla por escasa evidencia de beneficio clínico (23).

El tratamiento quirúrgico se reserva para casos avanzados o con dolor incapacitante, cuando los tratamientos conservadores han fallado. Entre los procedimientos más frecuentes se incluyen:

- **Osteotomías:** realineación de huesos para redistribuir la carga articular (24).
- **Reemplazo articular (artroplastia):** de rodilla, cadera o hombro, indicado cuando hay deformidad significativa o incapacidad funcional. Los factores que pueden afectar el éxito incluyen dolor preoperatorio elevado, comorbilidades, factores psicológicos y bajo estado funcional (24,25).

La efectividad del tratamiento depende de un enfoque integral que combine educación, ejercicio físico y manejo farmacológico, reservando las intervenciones

quirúrgicas para los casos que no responden al manejo conservador.

PRONÓSTICO

La artrosis generalizada es una forma crónica y progresiva de artrosis que afecta múltiples articulaciones y suele asociarse a factores como la edad avanzada, el sexo femenino y la predisposición genética. Las revisiones sistemáticas han destacado que esta condición conlleva un mayor riesgo de discapacidad, deterioro funcional y, en algunos estudios, un aumento de la mortalidad a largo plazo. La evolución clínica varía entre pacientes: mientras algunos experimentan deterioro lento con brotes intermitentes de dolor, otros pueden desarrollar deformidades articulares y limitaciones significativas en la movilidad. Por ello, el enfoque terapéutico se centra en retrasar la progresión con medidas no farmacológicas (actividad física dirigida, control de peso) y en optimizar la calidad de vida mediante el manejo sintomático del dolor (26).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años, residente en Sucre, jubilado, acude a consultorio de reumatología (2025) refiriendo dolor lumbar principalmente al realizar actividades y movimientos de la columna, descrito como dolor neuropático con sensación de quemazón y parestesias en miembros inferiores, de más de tres años de evolución. Asimismo, manifiesta dolor en manos, localizado en articulaciones interfalángicas distales durante la realización de actividades, con una evolución de aproximadamente un año.

En sus antecedentes patológicos personales, presenta hipertensión arterial, en tratamiento con losartán 50 mg/día.

Durante la evaluación física general, se registraron las siguientes constantes vitales: presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca 70 lpm, temperatura 36 °C, saturación de oxígeno 95% y peso 60 kg.

Al examen físico regional: cabeza y cuello normocéfalo, sin nódulos palpables ni ingurgitación yugular; piel y faneras sin lesiones aparentes, sin rash malar ni úlceras orales.

En el aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardíacos R1 y R2 en cuatro focos rítmicos. Aparato respiratorio con buena mecánica ventilatoria, murmullo vesicular conservado y sin ruidos agregados. Abdomen blando, depresible, indoloro a la palpación superficial y profunda, con ruidos hidroaéreos positivos. Sistema nervioso central y periférico conservado, sin lesiones aparentes. Estado de conciencia preservado, paciente lúcido y orientado en tiempo y espacio.

En el examen articular: columna cervical sin dolor en movimientos pasivos; columna lumbar con movimientos conservados, pero dolorosos en todos los planos pasivos, sin limitación evidente. Hombros con movilidad activa y pasiva indolora, maniobras para tendinitis de manguito rotador negativas. Codos sin dolor a la extensión ni a la flexión activa o pasiva. Muñecas sin dolor en movimientos pasivos. En las manos no se observa inflamación en metacarpofalángicas ni interfalángicas proximales; sin embargo, se evidencian nódulos de Heberden en todas las interfalángicas distales de ambas manos. Caderas con dolor a los movimientos pasivos de rotación externa. Articulaciones sacroilíacas sin dolor a la compresión. Rodillas sin dolor en extensión pasiva, aunque con dolor a la flexión máxima bilateral. Tobillos sin dolor en extensión activa ni pasiva. Pies sin dolor en movimientos pasivos y sin dolor a la compresión en las metatarsfalángicas.

No se evidencian secuelas. Los pulsos periféricos se encuentran presentes y conservados

RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El hemograma del paciente revela glóbulos rojos ligeramente elevados 5.408.000 mm³ lo que indica eritrocitosis, no hay anemia ni alteraciones de volumen eritrocitario.

Recuento de leucocitos (WBC) de $7.1 \times 10^9/L$ dentro del rango normal, los índices hematimétricos normales. Las plaquetas (PLT) en un rango normal.

En cuanto a la química sanguínea el paciente cuenta con valores de ácido úrico de 6.5 mg/dl elevado, colesterol LDL 46mg/dl, colesterol VLDL 50 mg/dl, triglicéridos 250 mg/dl elevados, riesgo cardíaco reportado como bajo, gracias al colesterol en rango, el factor a vigilar son los triglicéridos.

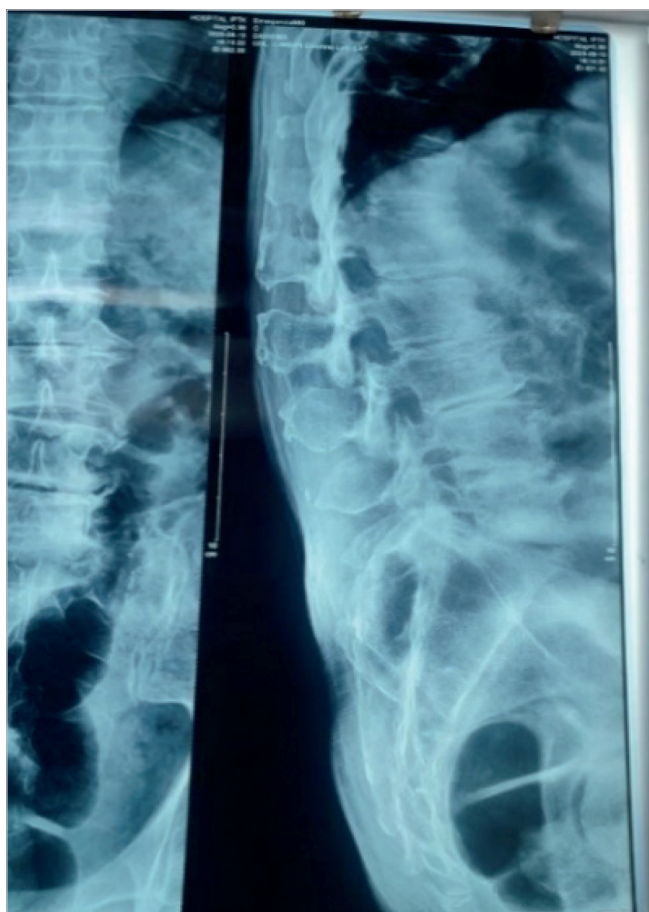
Imagen # 1.



Fuente: Propia

Radiografía anteroposterior de columna lumbosacra, cuerpos vertebrales con osteofitos laterales

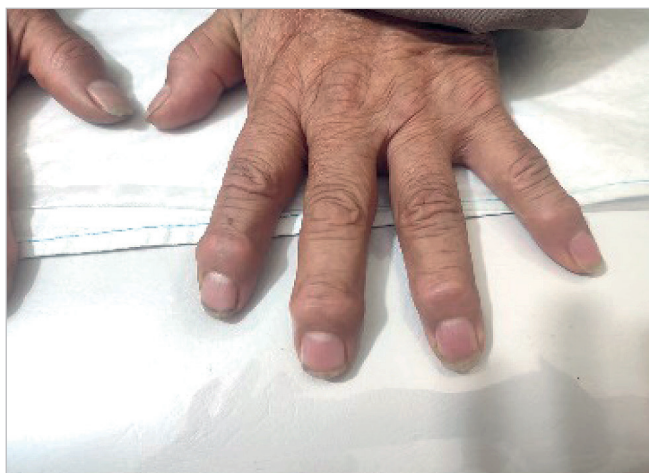
Imagen # 2.



Fuente: Propia

Radiografía lateral de columna lumbosacra con espacios interarticulares con pinzamiento posterior de L5-S1, cuerpos vertebrales lumbares con osteofitos.

Imagen # 3.



Fuente: Propia

Aumento de volumen e irregularidades en las articulaciones interfalángicas distales con presencia de nódulos de Heberden compatibles con artrosis.

DISCUSIÓN

La artrosis, también conocida como osteoartritis, es una enfermedad articular degenerativa crónica que se caracteriza por dolor, rigidez, limitación funcional y cambios estructurales como la pérdida de cartílago, formación de osteofitos, sinovitis y otros. El caso clínico corresponde a un paciente masculino de 70 años con dolor lumbar crónico y afectación articular en manos, evidenciada por nódulos de Heberden, acompañado de hallazgos radiográficos degenerativos en la radiografía AP de columna lumbosacra se observa cuerpos vertebrales con osteofitos y la radiografía lateral con espacios interarticulares con pinzamiento posterior. Estos elementos cumplen con los criterios diagnósticos Rheumatology para artrosis generalizada, que incluyen dolor o rigidez en tres o más áreas articulares, cambios radiográficos característicos y ausencia de inflamación sistémica significativa.

La clínica del paciente refleja el curso habitual de la enfermedad: dolor mecánico que empeora con la actividad, rigidez matutina breve y limitación funcional progresiva. La presencia de síntomas neuropáticos en miembros inferiores sugiere compromiso radicular asociado a espondiloartrosis lumbar, lo cual ha sido descrito como una de las complicaciones frecuentes en pacientes con degeneración avanzada de columna.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el cuadro se explica por la pérdida progresiva de cartílago, la formación de osteofitos y los cambios en el hueso subcondral, asociados a procesos inflamatorios locales mediados por citocinas y metaloproteinasas. La ausencia de elevación de reactantes de fase aguda y de autoanticuerpos ayuda a diferenciar la artrosis de artritis inflamatorias como la artritis reumatoide o la espondiloartritis, concordando con lo señalado en las recomendaciones de la EULAR.

En cuanto al manejo, el paciente se beneficiaría de un abordaje integral. La evidencia actual enfatiza que las medidas no farmacológicas constituyen la base del tratamiento: educación, fisioterapia, ejercicios de bajo

impacto y control del peso corporal. El uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos se reserva para el control sintomático, mientras que en casos con dolor crónico persistente o componente neuropático puede considerarse el uso de fármacos moduladores como la duloxetina.

Un aspecto relevante en este caso es la hipertrigliceridemia detectada en los exámenes de laboratorio. Estudios recientes señalan que los factores metabólicos como la dislipidemia, la obesidad y el síndrome metabólico no solo aumentan el riesgo cardiovascular, sino que también se asocian con una mayor progresión de la artrosis. Esto refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario, integrando el manejo reumatológico con el control de comorbilidades metabólicas.

Este caso representa una presentación típica de artrosis generalizada en un adulto mayor, con particularidades como el dolor neuropático lumbar y la coexistencia de dislipidemia. Reafirma la importancia de un diagnóstico clínico-radiológico temprano y de un abordaje integral que combine intervenciones no farmacológicas, tratamiento farmacológico individualizado y vigilancia de los factores metabólicos, con el objetivo de preservar la función y mejorar la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIONES

El presente caso clínico ilustra una artrosis generalizada en un paciente adulto mayor, con compromiso en columna lumbar y articulaciones de las manos, acompañada de dolor de características mecánicas y neuropáticas, y confirmación radiográfica de cambios degenerativos. La coexistencia de factores metabólicos como la hipertrigliceridemia evidencia la relación entre artrosis y comorbilidades cardiovasculares, lo que obliga a un enfoque multidisciplinario. El manejo debe centrarse en intervenciones no farmacológicas educación, fisioterapia, control de peso y ejercicios adaptados complementadas con tratamiento farmacológico individualizado para el control del dolor, incluyendo opciones para el componente neuropático. Este abordaje integral permite no solo aliviar síntomas, sino también retardar la progresión de la enfermedad y optimizar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mas Garriga X, Marín I, Llopart E, Basora J. Actualización en artrosis. Aten Primaria. 2014;46(2):91-101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actualizacion-en-artrosis-S0212656713004985>
2. World Health Organization. Osteoarthritis: Key facts. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>
3. Cardiel MH, Pons-Estel BA, Sacnun MP, Wodjyla D, Marcos JC, Suárez-Almazor M, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders in Latin America: a study using the COPCORD methodology. J Rheumatol Suppl. 2011;86:23-27.
4. Fernández-Alicera NE. Artrosis primarias y secundarias. Síntesis Médica UChile. 2017. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/sin-categoria/14330-artrosis-primarias-y-secundarias>
5. Hochberg MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Primer on the Rheumatic Diseases. 13th ed. Springer; 2014.
6. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Guía Clínica AUGÉ: Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada. Santiago: MINSAL; 2017. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/tratamiento-medico-en-personas-de-55-anos-y-mas-con-artrosis-de-cadera-y-o-rodilla-leve-o-moderada>.
7. Edu.ec [Internet]. [citado 2025 Ago 25]. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/17763/TIC-UTB-FCS-FISIOT-000065.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Slotine I, Courties A. Artrosis de la mano y la muñeca. EMC - Apar Locomot [Internet]. 2025;58(2):1-11. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1286935X2550481>

9. Valoración funcional en mayores de 60 años con gonartrosis. Revista Uno [Internet]. [citado 2025 Ago 25]. Disponible en: <https://revistauno.org/index.php/uno/article/view/28/84>
10. Artrosis [Internet]. [citado 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>
11. López-Armada MJ, Carames B, Cillero-Pastor B, Blanco García FJ. Fisiopatología de la artrosis: ¿cuál es la actualidad? Rev Esp Reumatol. 1 de junio de 2004;31(6):379-93.
12. Investigación RS. Características de la artrosis de rodilla: estudio epidemiológico y clasificación [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2024 [citado 25 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitaria-deinvestigacion.com/caracteristicas-de-la-artrosis-de-rodilla-estudio-epidemiologico-y-clasificacion/>
13. López-Armada MJ, Carames B, Cillero-Pastor B, Blanco García FJ. Fisiopatología de la artrosis: ¿cuál es la actualidad? Revista Española de Reumatología. 2004;31(6):379-93.
14. Espinosa-Morales R, Alcántar-Ramírez J, Arce-Salinas CA, Chávez-Espina LM, Esquivel-Valerio JA, Gutiérrez-Gómez JJ, et al. Reunión multidisciplinaria de expertos para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis. Actualización basada en evidencias. Medicina Interna de México. 2018;34(3):... DOI:10.24245/mim.v34i3.1433.
15. Galleguillos M, Carrillo R, Flores G, Adarmes H. Metaloproteinasas y Osteoartritis. Avances en Ciencias Veterinarias. 2013;28(1):19-... (repositorio Universidad de Chile).
16. Gómez-González J, et al. Artrosis y dolor: la complejidad e impacto de un síntoma. Rev Soc Esp Dolor. 2021.
17. MSD Manual Profesional (español). Artrosis (A) – Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo. 2024.
18. González-Sánchez M, Martínez-Calderón J, et al. Artrosis: ¿cambios degenerativos o cambios adaptativos? Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2024.
19. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1986;29(8):1039–1049.
20. Zhang W, Doherty M, Peat G, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2010;69(3):483–489.
21. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet. 2019;393(10182):1745–1759.
22. Izquierdo G, García Espinosa MV, Prieto Checa I, et al. Guía EULAR 2023 para el manejo de la artrosis: abordaje no farmacológico y ejercicio físico. Reumatol Clin. 2023;19(6):322–334.
23. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management. 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>
24. Mayo Clinic. Osteoartritis: diagnóstico y tratamiento. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2025.
25. Rodríguez-Merchán EC. Surgical treatment of osteoarthritis. EFORT Open Rev. 2019;4(4):167–177
26. Nelson AE, Smith MW, Golightly YM, Jordan JM. “Generalized osteoarthritis”: a systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2013;43(6):713–720