

**1. Planteamiento del problema**

La artritis reumatoide es considerada una enfermedad sistemática inflamatoria, una de sus principales características es la destrucción de las articulaciones dolor e inflamación simétrica y bilateral en su mayoría también trae como consecuencias otras situaciones graves que incluso provocan la muerte, el 80% de los pacientes muestran depresión y ansiedad lo que afecta en el detrimento de su recuperación.

En México la artritis provoca un alto índice de incapacidad ya que la cifra de pacientes en el país llega a un millón 600 mil pacientes, esta enfermedad se desarrolla principalmente en mujeres en una relación que va de 3 a 1 (por cada hombre que tiene la enfermedad ya hay 3 mujeres que la padecen) y contrario a lo que se piensa afecta a la población de adultos jóvenes entre los 20 y 50 años de edad, por lo que representa un grave problema de discapacidad laboral, entre la población.

**1.1 Justificación**

En los últimos años los expertos coinciden que dicha afección (artritis) es la más destructiva ya que causa deformidades y afecta de manera importante la calidad de vida de la población mexicana. Por ello se ha despertado la necesidad de desarrollar diferentes modelos de rehabilitación que perfeccionen e implementen nuevas tecnologías inmersas en dispositivos Mecatrónico apoyando a los pacientes en:

 Recuperar la Flexión de los dedos.

 Recuperar la Fuerza y resistencia de la Mano (Músculos intrínsecos y extrínsecos).

 Programa de ejercicios activos y pasivos para mantener la movilidad de la mano.

**1.2 Meta**

Remplazar los tratamientos fisioterapéuticos básicos realizados en el tratamiento de dichas enfermedades mediante el uso de las tecnologías para desarrollar un mecanismo.

**1.3 Objetivos**

 Recaudación de información para la creación de la estructura y diseño del mano basado en necesidades reales.

 Conocer los diferentes tipos de tratamientos fisioterapéuticos para determinar los padecimientos.

 Recopilar información sobre los tipos de mecanismos (simples y complejos) usados en rehabilitación.

 Recopilar información sobre las medidas antropomórficas de la mano humana.

 Diseño de CAD del exoesqueleto de la mano, con proporciones reales (carpo, metacarpo, radio, cubito y palma).

 Análisis estructural (software ANSYS) del exoesqueleto de la mano.

**CAPITULO II**

MARCO TEÓRICO

# 2. Antecedentes históricos de prótesis y manos robóticas

El avance en el diseño las de prótesis ha estado ligado directamente con el avance en el manejo de los materiales empleados por el hombre, así como el desarrollo tecnológico y el entendimiento de la biomecánica del cuerpo humano.

Una prótesis es un elemento desarrollado con el fin de mejorar o reemplazar una función, una parte o un miembro completo del cuerpo humano afectado, por lo tanto, una prótesis para el paciente y en particular para el amputado, también colabora con el desarrollo psicológico del mismo, creando una percepción de totalidad al recobrar movilidad y aspecto.

La primera prótesis de miembro superior registrada data del año 2000 a. C., fue encontrada en una momia egipcia; la prótesis estaba sujeta al antebrazo por medio de un cartucho adaptado al mismo. Con el manejo del hierro, el hombre pudo construir manos más resistentes y que pudieran ser empleadas para portar objetos pesados, tal es el caso del general romano Marcus Sergius, que durante la Segunda Guerra Púnica (218-202 a. C.) fabricó una mano de hierro para él, con la cual portaba su espada, ésta es la primera mano de hierro registrada.

En la búsqueda de mejoras en el año de 1400 se fabricó la mano de altRuppin construida también en hierro, constaba de un pulgar rígido en oposición y dedos flexibles, los cuales eran flexionados pasivamente, éstos se podían fijar mediante un mecanismo de trinquete y además tenía una muñeca movible. El empleo del hierro para la fabricación de manos era tan recurrente, que hasta Goethe da nombre a una de sus obras inspirado en el caballero germano Götz von Berlichingen, por su mano de hierro.

No es sino hasta el siglo XVI, que el diseño del mecanismo de las prótesis de miembro superior se ve mejorado considerablemente, gracias al médico militar francés Ambroise Paré, quien desarrolló el primer brazo artificial móvil al nivel de codo, llamado “Le petit Loraine” el mecanismo era relativamente sencillo tomando en cuenta la época, los dedos podían abrirse o cerrarse presionando, además de que constaba de una palanca, por medio de la cual, el brazo podía realizar la flexión o extensión a nivel de codo. Esta prótesis fue realizada para un desarticulado de codo. Paré también lanzó la primera mano estética de cuero, con lo que da un nuevo giro a la utilización de materiales para el diseño de prótesis de miembro superior.

En el siglo XIX se emplean el cuero, los polímeros naturales y la madera en la fabricación de prótesis; los resortes contribuyen también al desarrollo de nuevos mecanismos para la fabricación de elementos de transmisión de la fuerza, para la sujeción, entre las innovaciones más importantes al diseño de las prótesis de miembro superior, se encuentra la del alemán Peter Beil.

El diseño de la mano cumple con el cierre y la apertura de los dedos, pero, es controlada por los movimientos del tronco y hombro contra lateral, dando origen a las prótesis autopropulsadas. Más tarde el Conde Beafort da a conocer un brazo con flexión del codo activado al presionar una palanca contra el tórax, aprovechando también el hombro contra lateral como fuente de energía para los movimientos activos del codo y la mano. La mano constaba de un pulgar móvil utilizando un gancho dividido sagitalmente, parecido a los actuales ganchos Hook.

#### 2.1 Diseño de prótesis en el siglo xx

Para el siglo XX, el objetivo de que los amputados regresaran a su vida laboral, es alcanzado gracias a los esfuerzos del médico francés Gripoulleau, quien realizó diferentes accesorios que podrían ser usados como unidad terminal, tales como anillos, ganchos y diversos instrumentos metálicos, que brindaban la capacidad de realizar trabajo de fuerza o de precisión.

En el año de 1912 Dorrance en Estados Unidos desarrolló el Hook, que es una unidad terminal que permite abrir activamente, mediante movimientos de la cintura escapular, además se cierra pasivamente por la acción de un tirante de goma. Casi al mismo tiempo fue desarrollado en Alemania el gancho Fischer cuya ventaja principal era que poseía una mayor potencia y diversidad en los tipos de prensión y sujeción de los objetos.

El origen de las prótesis activadas por los músculos del muñón se da en

Alemania gracias a Sauerbruch, el cual logra idear como conectar la musculatura flexora del antebrazo con el mecanismo de la mano artificial, mediante varillas de marfil que hacía pasar a través de túneles cutáneos, haciendo posible que la prótesis se moviera de forma activa debido a la contracción muscular.

Es hasta 1946 cuando se crean sistemas de propulsión asistida, dando origen a las prótesis neumáticas y eléctricas. Un sistema de propulsión asistida es aquel en el que el movimiento es activado por algún agente externo al cuerpo. Las prótesis con mando eléctrico comienzan a surgir en el año de 1960 en Rusia.

Esta opción protésica funciona con pequeños potenciales extraídos durante la contracción de las masas musculares del muñón, siendo estos conducidos y amplificados para obtener el movimiento de la misma. En sus inicios, este tipo de prótesis solo era colocada para amputados de antebrazo, logrando una fuerza prensora de dos kilos. Actualmente las funciones de las prótesis de mano están limitadas al cierre y apertura de la pinza, las diferencias entre éstas radican en el tipo de control que emplean, pero todas realizan básicamente las mismas actividades. Entre los países con mayor avance tecnológico e investigación sobre prótesis, se encuentran Alemania, Estados Unidos, Francia, Inglaterra y Japón.

#### 2.2 Investigaciones y desarrollo recientes en diseño de manos.

La mano realiza principalmente dos funciones; la prensión y el tacto, las cuales permiten al hombre convertir ideas en formas, la mano otorga además expresión a las palabras, tal es el caso del escultor o el sordomudo. El sentido del tacto desarrolla totalmente la capacidad de la mano, sin éste nos sería imposible medir la fuerza prensora.

Es importante mencionar que el dedo pulgar representa el miembro más importante de la mano, sin éste la capacidad de la mano se reduce hasta en un 40%. Los principales tipos de prensión de la mano son de suma importancia, ya que la prótesis deberá ser diseñada para cumplirlos.

La mano de Canterbury [Dunlop, 2003] utiliza eslabones mecánicos movidos directamente para actuar los dedos en forma similar a la mano humana. El movimiento directo de los eslabones se utiliza para reducir los problemas que Presentan otros diseños de manos. Cada dedo de esta mano tiene 2.25 grados de libertad, la parte fraccionaria se debe al mecanismo para extender los dedos que es compartido por cuatro dedos. Los motores de corriente directa tienen una reducción por engranes 16:1, su tamaño es de 65 mm de largo y 12 mm. De diámetro.

Los dedos cuentan con sensores de presión en cada articulación y en la punta de los dedos, lo que hace que cada dedo tenga cuatro sensores de presión, dos motores de corriente directa, dos encoders y un sensor de efecto Hall. El pulgar tiene solo un motor y tres sensores de fuerza, mientras que la palma tiene las funciones de abrir todos los dedos y la rotación del pulgar, lo cual implica dos motores, dos encoders, dos sensores de efecto Hall y tres sensores de fuerza.

Todo esto da un total de 91 cables, por lo que se requirió un sistema de control distribuido utilizando un PSoC de Semiconductores Cypress.

Este microprocesador Actualmente solo es capaz de controlar la posición y velocidad, mientras que la cinemática y comandos complejos se calculan en una computadora. El manipulador desarrollado en la Universidad de Reading, Inglaterra [Harris, Kyberd, 2003] propone el uso de cables Bowden (chicotes) [[1]](#footnote-1)dirigidos a cada unión como el medio para actuar los dos dedos de los que consta.

Este diseño simplifica el control de la mano al eliminar el acoplamiento entre juntas y permite la traslación directa y precisa entre las juntas y los motores que mueven los cables. La cinemática de los dedos se simula con mayor precisión al permitir dos grados de libertad con el mismo centro de rotación en el nudillo más grande de la mano. Esta mano incluye sensores en las yemas de los dedos para incrementar la precisión en la sujeción.

##### 2.2.1 Sistemas protésicos

Toda prótesis artificial activa necesita una fuente de energía de donde tomar su fuerza; un sistema de transmisión de esta fuerza; un sistema de mando o acción y un dispositivo prensor. En la elección de las prótesis a utilizar desempeña un papel trascendental el nivel de amputación o el tipo de displasia de que se trate.

Prótesis Mecánicas Las manos mecánicas son dispositivos que se utilizan con la función de apertura o cierre voluntario por medio de un arnés el cual se sujeta alrededor de los hombros, parte del pecho y parte del brazo controlado por el usuario. Su funcionamiento se basa en la extensión de una liga por medio del arnés para su apertura o cierre, y el cierre o apertura se efectúa solo con la relajación del músculo respectivamente gracias a un resorte y tener una fuerza de presión o pellizco.

Estos elementos se recubren con un guante para dar una apariencia más estética, sin embargo, se limita al agarre de objetos relativamente grandes y redondos ya que el guante estorba al querer sujetar objetos pequeños. El tamaño de la prótesis y el número de ligas que se requiera dependiendo de la fuerza y el material para su fabricación varían de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Dado que estas prótesis son accionadas por el cuerpo, es necesario que el usuario posea al menos un movimiento general de: expansión del pecho, depresión y elevación del hombro, abducción y aducción escapular y flexión glenohumeral. [[2]](#footnote-2)

##### 2.2.2 Prótesis Eléctricas.

Estas prótesis (figura 1.1) usan motores eléctricos en el dispositivo terminal, muñeca o codo con una batería recargable. Éstas prótesis se controlan de varias formas, ya sea con un servocontrol, control con botón pulsador o botón con interruptor de arnés. En ciertas ocasiones se combinan éstas formas para su mejor funcionalidad. Se usa un socket que es un dispositivo intermedio entre la prótesis y el muñón logrando la suspensión de éste por una succión.

Es más costosa su adquisición y reparación, existiendo otras desventajas evidentes como son el cuidado a la exposición de un medio húmedo y el peso de la prótesis. Prótesis neumáticas Estas prótesis eran accionadas por ácido carbónico comprimido, que proporcionaba una gran cantidad de energía, aunque también presentaba como inconveniente la complicación de sus aparatos accesorios y del riesgo del uso del ácido carbónico.

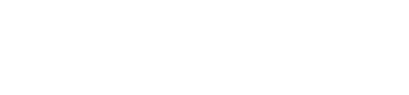


Figura 1.1 Prót

esis eléctrica de

sujeción en 3 puntos

##### 2.2.3 Prótesis mioeléctrica

Las prótesis mioeléctricas (figura 1.2) son prótesis eléctricas controladas por medio de un poder externo mioeléctrico, estas prótesis son hoy en día el tipo de miembro artificial con más alto grado de rehabilitación. Sintetizan el mejor aspecto estético, tienen gran fuerza y velocidad de prensión, así como muchas posibilidades de combinación y ampliación. El control mioeléctrico es probablemente el esquema de control más popular.

Se basa en el concepto de que siempre que un músculo en el cuerpo se contrae o se flexiona, se produce una pequeña señal eléctrica -EMG- que es creada por la interacción química en el cuerpo. Esta señal es muy pequeña -5 a 20 µV- Un micro-voltio es una millonésima parte de un voltio. Para poner esto en perspectiva, una bombilla eléctrica típica usa 110 a 120 voltios, de forma que esta señal es un millón de veces más pequeña que la electricidad requerida para alimentar una bombilla eléctrica.

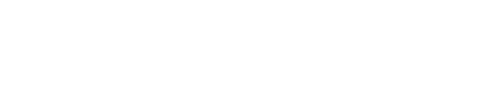


Figura 1.2

prótesis

mioeléctrica

controlada por electrodos

El uso de sensores llamados electrodos que entran en contacto con la superficie de la piel permite registrar la señal EMG. Una vez registrada, esta señal se amplifica y es procesada después por un controlador que conmuta los motores encendiéndolos y apagándolos en la mano, la muñeca o el codo para producir movimiento y funcionalidad. Éste tipo de prótesis tiene la ventaja de que sólo requieren que el usuario flexione sus músculos para operarla, a diferencia de las prótesis accionadas por el cuerpo que requieren el movimiento general del cuerpo.

Una prótesis controlada en forma mioeléctrica también elimina el arnés de suspensión usando una de las dos siguientes técnicas de suspensión: bloqueo de tejidos blandos-esqueleto o succión. Tienen como desventaja que usan un sistema de batería que requiere mantenimiento para su recarga, descarga, desecharla y reemplazarla eventualmente. Debido al peso del sistema de batería y de los motores eléctricos, las prótesis accionadas por electricidad tienden a ser más pesadas que otras opciones protésicas.

Una prótesis accionada por electricidad proporciona un mayor nivel de tecnología, pero a un mayor costo.

##### 2.2.4 Prótesis Híbrida

Una prótesis híbrida (figura 1.3) combina la acción del cuerpo con el accionamiento por electricidad en una sola prótesis. En su gran mayoría, las prótesis híbridas sirven para individuos que tienen amputaciones o deficiencias transhumerales (arriba del codo) Las prótesis híbridas utilizan con frecuencia un codo accionado por el cuerpo y un dispositivo terminal controlado en forma mioeléctrica (gancho o mano).

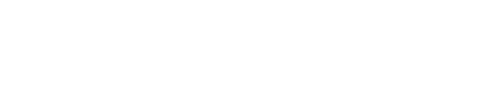


Figura 1.3

prótesis híbrida de

cadera

## 2.3 Enfermedades tratables mediante fisioterapia mecánica

##### 2.3.1 Síndrome del túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano se produce cuando el nervio mediano, que va desde el antebrazo hacia la mano, se comprime o se aprieta en la muñeca. El nervio mediano controla las sensaciones del lado palmar del pulgar y los dedos (aunque no el meñique), al igual que impulsos a algunos músculos pequeños en la mano que permiten que se muevan los dedos y el pulgar. El túnel carpiano—un corredor rígido y estrecho de ligamento y huesos en la base de la mano— aloja al nervio mediano y los tendones.

A veces, el engrosamiento de tendones irritados u otra inflamación estrecha el túnel y causa que se comprima el nervio mediano. El resultado puede ser dolor, debilidad, o entumecimiento en la mano y la muñeca, que se irradia por el brazo. Aunque las sensaciones dolorosas podrían indicar otras afecciones, el síndrome del túnel carpiano es la más común y ampliamente conocida de las neuropatías por atrapamiento en las cuales los nervios periféricos del organismo están comprimidos- o traumatizados-.

###### 2.3.1.1 Síntomas del síndrome del túnel carpiano

Generalmente los síntomas comienzan gradualmente, con ardor y hormigueo frecuente o entumecimiento con picazón en la palma de la mano y los dedos, especialmente el pulgar, el índice y dedo medio. Algunas personas que padecen el síndrome de túnel carpiano dicen que sus dedos se sienten inútiles e hinchados, aun cuando no es casi aparente la inflamación. A menudo los síntomas aparecen primero en una o ambas manos durante la noche, ya que muchas personas duermen con las muñecas flexionadas.

Una persona con el síndrome del túnel carpiano puede despertarse con la necesidad de “sacudir” la mano o la muñeca. A medida que los síntomas empeoran, las personas pueden sentir hormigueo durante el día. La disminución en la fuerza de agarre podría dificultar cerrar el puño, asir objetos pequeños, o realizar otras tareas manuales. En casos crónicos y/o no tratados, los músculos en la base del pulgar podrían atrofiarse. Algunas personas no pueden discriminar entre calor y frío al tacto.

###### 2.3.1.2 Causas del síndrome del túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano a menudo es el resultado de una combinación de factores que aumentan la presión sobre el nervio mediano y los tendones en el túnel carpiano, en lugar de un problema con el nervio mismo. Podría haber una predisposición -congénita- el túnel carpiano es simplemente más pequeño en algunas personas que en otras.

Otros factores que contribuyen incluyen traumatismo o lesión en la muñeca que causa inflamación, como un esguince o una fractura; obesidad, sobreactividad de la glándula pituitaria; hipotiroidismo; artritis reumatoide; problemas mecánicos en la articulación de la muñeca; estrés laboral; uso repetitivo de herramientas de mano vibradoras; retención de líquidos durante el embarazo o la menopausia; o el desarrollo de un quiste o tumor en el canal. En algunos casos no puede identificarse ninguna causa.

Existen pocos datos clínicos para probar si los movimientos repetitivos y contundentes de la mano y la muñeca durante el trabajo o las actividades recreativas pueden causar el síndrome del túnel carpiano. Otros trastornos como la bursitis y la tendinitis han sido asocia- dos con movimientos repetidos realizados en el curso del trabajo normal o de otras actividades cotidianas.

El calambre del escritor -una afección en la cual la carencia de coordinación de destrezas motoras finas y el dolor y la presión en los dedos, muñeca, o antebrazo- también puede desencadenarse por la actividad repetida.

###### 2.3.1.3 Riesgo de desarrollar el síndrome del túnel carpiano

Las mujeres tienen una probabilidad tres veces mayor que los hombres de desarrollar el síndrome del túnel carpiano, debido a que el túnel carpiano en sí puede ser más pequeño en algunas mujeres que en los hombres. La mano dominante generalmente se afecta primero y produce el dolor más intenso. Las personas con diabetes u otros trastornos metabólicos que afectan directamente los nervios del organismo y los hacen más susceptibles a la compresión también se encuentran en alto riesgo.

El síndrome del túnel carpiano generalmente se produce solamente en los adultos. En el lugar de trabajo, el riesgo de desarrollar el síndrome del túnel carpiano no está limitado a las personas en una sola industria o empleo, sino que es especialmente común en aquellos que desempeñan trabajos en líneas de ensamblaje manufactura, costura, acabado, limpieza, y empaque de carnes, aves o pescados. De hecho, el síndrome del túnel carpiano es tres veces más común entre los ensambladores que entre el personal de entrada de datos.

###### 2.3.1.4 Diagnóstico del síndrome del túnel carpiano

El diagnóstico y tratamiento precoces son importantes para evitar el daño permanente en el nervio mediano. Un examen físico de las manos, brazos, hombros y cuello puede ayudar a determinar si las quejas del individuo están relacionadas con las actividades diarias o con un trastorno subyacente, y puede descartar afecciones dolorosas que imitan al síndrome del túnel carpiano. La muñeca se examina para detectar dolor, inflamación, calor y decoloración.

Debe probarse la sensación de cada dedo, y los músculos en la base de la mano deben examinarse para evaluar la fuerza y los signos de atrofia. Los análisis de laboratorio de rutina y las radiografías pueden revelar diabetes, artritis y fracturas. Los médicos pueden usar pruebas específicas para intentar producir los síntomas del síndrome del túnel carpiano. En la prueba de Tinel, el médico golpetea o presiona sobre el nervio mediano en la muñeca de la persona.

La prueba es positiva cuando se produce hormigueo en los dedos o una sensación parecida a un shock.

La prueba Phalen, o de flexión de la muñeca, implica hacer que la persona sostenga sus antebrazos verticales apuntando los dedos hacia abajo y presionando juntos los dorsos de las manos. La presencia del síndrome del túnel carpiano se sugiere si uno o más síntomas, como hormigueo o aumento del entumecimiento, se sienten en los dedos en 1 minuto. Los médicos también pueden pedirles a las personas que intenten hacer un movimiento que produzca los síntomas.

A menudo es necesario confirmar el diagnóstico usando pruebas de electrodiagnóstico. En un estudio de conducción nerviosa, se colocan electrodos en la mano y la muñeca. Se aplican pequeños shocks eléctricos y se mide la velocidad con la que se transmiten los impulsos nerviosos.

En electromiografía[[3]](#footnote-3), se inserta una aguja fina dentro de un músculo; la actividad eléctrica vista en una pantalla puede determinar la gravedad del daño sobre el nervio mediano. Las imágenes ecográficas pueden mostrar el deterioro del movimiento del nervio mediano. La imagen por resonancia magnética (IRM) puede mostrar la anatomía de la muñeca, pero hasta la fecha no ha sido especialmente útil para diagnosticar el síndrome del túnel carpiano.

#### Tratamientos no quirúrgicos

En circunstancias especiales, diversos medicamentos pueden aliviar el dolor y la inflamación asociados con el síndrome del túnel carpiano. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides, como la aspirina, el ibuprofeno, y otros analgésicos de venta libre, pueden aliviar los síntomas que han estado presentes por poco tiempo o que fueron causados por una actividad agotadora.

Los diuréticos de administración oral “píldoras de agua” pueden disminuir la inflamación.

Los corticosteroides[[4]](#footnote-4), inyectados directamente dentro de la muñeca, o tomados por boca como la predisponía, pueden reducir la presión sobre el nervio mediano y proporcionar alivio temporario e inmediato a las personas con síntomas de leves a moderados. (Precaución: las personas con diabetes y aquellos que pueden estar predispuestos a padecer diabetes deben observar que el uso prolongado de corticosteroides puede dificultar la regulación de los niveles de insulina. -Los corticosteroides no deben tomarse sin receta médica-.

Además, algunos estudios muestran que los suplementos de vitamina B6 “piridoxin” pueden aliviar los síntomas del síndrome del túnel carpiano.

Ejercicio: ejercicios de estiramiento y fortalecimiento pueden ser útiles en las personas cuyos síntomas han disminuido o terminado.

Estos ejercicios pueden ser supervisados por un fisioterapeuta, quien está capacitado para usar ejercicios para tratar impedimentos físicos, o un terapeuta ocupacional, quien está capacitado para evaluar a las personas con impedimentos físicos y en ayudarles a crear destrezas para mejorar su salud y bienestar.

Terapias alternativas: La acupuntura y la quiropráctica han beneficiado a algunas personas, pero su eficacia sigue sin probarse. Una excepción es el yoga, que se ha demostrado que reduce el dolor y mejora la fuerza de agarre entre personas con el síndrome del túnel carpiano.

### 2.3.2 La osteoartritis

La osteoartritis (OA) es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas. Se manifiesta por dolor, deformidad e incapacidad funcional principalmente de las articulaciones con gran movilidad o que soportan peso. Con el cambio en el panorama epidemiológico hacia las enfermedades crónicodegenerativas y el envejecimiento de la población mundial, la osteoartritis es un problema de salud pública que debe ser atendido con oportunidad y eficacia.

La OA también conocida como artrosis u osteoartrosis, es una enfermedad crónico degenerativa que se caracteriza por la destrucción gradual y progresiva del cartílago que recubre la superficie articular de rodillas, caderas, hombros, manos, tobillos y columna vertebral. Adicionalmente, hay inflamación de la membrana sinovial, así como daño en meniscos, tendones, músculos y nervios asociados con la articulación afectada.

###### 2.3.2.1 Incidencia y prevalencia

Se considera a la OA un problema de salud pública debido a su alta incidencia y prevalencia. La padece al menos 15 % de la población mundial por arriba de los 60 años de edad. Inclusive, se ha determinado que dentro de las enfermedades reumáticas la OA es 10 a 12 veces más frecuente que la artritis reumatoide.

La prevalencia depende de la precisión de los criterios o métodos utilizados para su diagnóstico. Los estudios de autopsia y las radiografías muestran una prevalencia mayor que la enfermedad sintomática; cuarenta por ciento de los estudios de autopsia muestran evidencia histológica de OA y sólo 10% presentaron dolor de rodillas. En la OA de las manos esto no es necesariamente cierto, los síntomas clínicos pueden preceder por meses o años a las manifestaciones radiológicas más tempranas.

La OA de rodillas es la más significativa clínicamente y se incrementa con la edad ya que 33 y 53% de los hombres y de las mujeres de más de 80 años de edad tienen evidencia radiológica de OA, sin embargo, las manifestaciones clínicas sólo

Se reportan en 16% de las mujeres y 5% de los hombres de más de 80 años de edad. México, la encuesta nacional de salud (ENSA II) de 1998 la ubica como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años de edad.

La incidencia de OA de cadera es 88/ 100,000 personas~ año, la de rodillas 240/100,000 personas ~ año. La incidencia de OA de rodillas es 1% por año en mujeres entre 70 a 89 años de edad. Los estudios realizados para determinar costos en atención primaria de enfermedades músculo-esqueléticas reportan que la OA ocupa los primeros cuatro lugares en demanda de atención y representa el mismo nivel en lo que se refiere a costos. La carga económica que esto representa es 2.5% del PIB en países como EEUU, Canadá y Gran Bretaña.

En el 2000 el gasto por este rubro fue de 26 mil millones de dólares. En México se ha estimado que se destina 0.4% del PIB a la atención de enfermedades músculo-esqueléticas.

### 2.3.3 Tendinitis

La tendinitis es la inflamación o la irritación de un tendón, las cuerdas fibrosas que unen el músculo al hueso. Este trastorno causa dolor y sensibilidad justo afuera de la articulación. Si bien la tendinitis puede ocurrir en cualquiera de los tendones, es más frecuente alrededor de los hombros, los codos, las muñecas, las rodillas y los talones.

La tendinitis causa dolor y sensibilidad alrededor de una articulación. Algunas formas comunes de tendinitis reciben su nombre de los deportes que aumentan su riesgo. Entre ellas, el codo de tenista, el codo de golfista, el hombro de lanzador de pelota, el hombro de nadador y la rodilla de saltador.

* El codo de tenista es una lesión del tendón de la parte externa del codo.
* El codo de golfista afecta el tendón de la parte interna del codo.

Cualquier actividad que involucre una gran cantidad de movimientos de giro de la muñeca o de agarre de la mano, como el uso de herramientas, los apretones de manos o los retorcimientos, pueden ocasionar estas lesiones.

El dolor se presenta cerca del codo. También puede desplazarse hacia el brazo o el antebrazo. Tendinitis, bursitis y síndrome de pinzamiento del hombro.

Hay dos tipos de tendinitis que afectan el hombro:

La tendinitis del bíceps causa dolor en la parte frontal o lateral del hombro. El dolor también puede desplazarse hacia abajo hasta el codo y el antebrazo. Alzar el brazo sobre la cabeza también puede causar dolor. El bíceps, el músculo situado al frente del brazo, mantiene el hueso del brazo dentro de la cavidad de la articulación del hombro. También ayuda a controlar la velocidad del brazo al pasar por encima de la cabeza. Por ejemplo, se puede sentir dolor cuando se mece una raqueta o se lanza una bola.

La tendinitis del manguito de los rotadores causa dolor en la parte más alta del hombro y el brazo. Los movimientos de estirar, empujar, tirar o alzar el brazo por encima del nivel del hombro pueden empeorar el dolor. Incluso recostarse sobre el lado adolorido puede empeorar el problema. El manguito de los rotadores es un grupo de músculos que unen el brazo al omoplato o escápula. Este “manguito” permite alzar y girar el brazo. El movimiento repetitivo de los brazos puede dañar y desgastar los tendones, los músculos y el hueso.

El síndrome de pinzamiento del hombro ocurre cuando se comprime el manguito de los rotadores. Los trabajos que requieren alcanzar objetos por encima de la cabeza y los deportes que involucran el uso intensivo del hombro pueden causar daño del manguito de los rotadores o la bursa[[5]](#footnote-5). La artritis reumatoide también puede inflamar el manguito de los rotadores y dar lugar a la tendinitis y bursitis. Cualquiera de estos problemas puede conducir a casos graves de inflamación y pinzamiento.

###### 2.3.3.1 Tendinitis de la rodilla o rodilla del saltador.

Los tendones se pueden desgarrar e inflamar si se abusa de ellos durante actividades como bailar, montar en bicicleta o trotar. Cuando una persona trata de protegerse de una caída también puede dañar los tendones que rodean la rótula. Este tipo de lesión es más frecuente en las personas de edad avanzada cuyos tendones pueden estar debilitados y son menos flexibles. El dolor en los tendones que rodean la rodilla en ocasiones se llama rodilla del saltador porque a menudo afecta a personas jóvenes que practican deportes como el baloncesto.

El uso excesivo de los músculos y la fuerza del impacto contra el suelo después de un salto pueden estirar el tendón. Después de los esfuerzos repetidos que se producen al saltar, el tendón se puede inflamar o desgarrar. Las personas con tendinitis de la rodilla pueden sentir dolor al correr, saltar o caminar a paso rápido. La tendinitis de la rodilla puede aumentar el riesgo de desgarros grandes del tendón.

###### 2.3.3.2 Tendinitis aquiliana (inflamación del tendón de Aquiles).

El tendón de Aquiles conecta el músculo de la pantorrilla con la parte posterior del talón. La tendinitis aquiliana es una lesión común que hace que el tendón se inflame, estire o desgarre. Suele ser causada por exceso de uso. También puede ser el resultado de rigidez o debilidad de los músculos de la pantorrilla.

El proceso normal de envejecimiento y la artritis también pueden aumentar la rigidez del tendón. Las lesiones del tendón de Aquiles pueden tener lugar al subir escaleras o cuando se hace trabajar en exceso los músculos de la pantorrilla.

Sin embargo, estas lesiones son más frecuentes entre las personas que no hacen ejercicio con regularidad o no hacen un calentamiento adecuado antes de hacer ejercicio.

Entre los atletas, la mayoría de las lesiones del tendón de Aquiles parecen tener lugar en las carreras de velocidad o los deportes que requieren saltos. Los atletas que juegan fútbol, tenis y baloncesto pueden sufrir la inflamación del tendón De Aquiles. Casi siempre, esta lesión aleja al atleta del campo de juego por el resto de la temporada.

La inflamación del tendón de Aquiles puede ser un padecimiento de larga duración. También puede causar lo que en apariencia es una lesión súbita. Cuando un tendón se debilita por efecto de la edad o el exceso de uso, un traumatismo puede hacer que se rompa. Estas lesiones pueden ser súbitas y causar un fuerte dolor.

### 2.3.4 Síndrome de Dupuytren

La enfermedad de Dupuytren (ED) es una condición benigna del tejido conectivo, caracterizado por un desorden fibroproliferativo -fibromatosis benigna- que afecta fundamentalmente a la aponeurosis palmar y digital, provocando contracturas y deformidad progresiva en flexión en la región palmar de mano y dedos, cuya causa y mecanismo fisiopatológico aún permanecen parcialmente comprendidos.

El primer caso de esta condición fue descrito por el médico suizo Félix Plater en 1614 -quien le atribuyó una causa traumática-, siendo luego descrito por otros autores como H Cline, en 1777 y por Ashley Cooper, en 1822; sin embargo, el nombre del médico francés Guillaume Dupuytren predominó para esta condición, quien en 1831 describe en detalle la fibromatosis localizada en la aponeurosis palmar, realizando la primera cirugía de fasciotomía[[6]](#footnote-6) abierta.

Esta enfermedad se caracteriza por el desarrollo de contracturas en flexión, de la palma y de las articulaciones digitales, secundaria a la formación de nódulos y bandas fibrosas o bridas. Afecta principalmente la región palmar distal en relación a los dedos anular y meñique, produciendo la flexión progresiva e irreversible de las articulaciones metacarpo-falángicas (MTCF) e interfalángicas proximales (IFP).

## 2.4 Epidemiología

En relación a la prevalencia de esta enfermedad, destaca que es un cuadro que sucede en toda la población, pero en diferente proporción y frecuencia dependiendo de la carga genética y de las comorbilidades del paciente. La incidencia de esta patología aparece mayor en los países del norte de Europa y emigrantes provenientes de esas zonas; mientras que es rara en países africanos y Asia oriental.

La prevalencia reportada en otros países es de 1,7 a 2% en varones adultos mayores de 50 años en la población general, siendo de 3-6% en adultos caucásicos. En Escocia, Noruega e Islandia se ha reportado una incidencia de hasta 40% en ciertas comunidades, mientras que su presencia en poblaciones de raza negra y de Asia oriental es de escasa ocurrencia. Es siete a diez veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Para esto aún no hay explicación, sin embargo, los miofibroblastos[[7]](#footnote-7) en la ED tienen una mayor expresión de receptores para andrógenos que los fibroblastos en sujetos sanos, lo que podría explicar en parte la predominancia en el género masculino. Cuando se presenta en mujeres la ED es de más rápida progresión que en hombres, hecho no aclarado en la literatura. Se presenta en forma bilateral hasta en 70% de los casos siendo de predominancia en la mano derecha (60%).

En los hombres la edad de presentación media es habitualmente una década antes que la edad presentación media en mujeres.

##### 2.4.1 Patogenia

Sobre su patogénesis se describen 3 fases. La fase proliferativa, involutiva y la tardía o residual. La fase proliferativa se caracteriza por el desarrollo de nódulos compuestos por fibroblastos y colágeno tipo III. La fase involutiva se caracteriza por una conducta contráctil del tejido debido al reemplazo de los fibroblastos por miofibroblastos, desarrollándose cordones fácilmente palpables bajo la piel. Por último, en la fase tardía o residual, los nódulos regresan persistiendo sólo el componente contráctil evolucionando a una flexión progresiva de la articulación MTCF y la IFP.

Estas fases no tienen gran importancia en el tratamiento, ya que principalmente lo que define es la ocurrencia o no de contracción de la MTCF.

##### 2.4.2 Etiología

La etiología de la contractura de Dupuytren es desconocida. El origen traumático inicialmente postulado como causante ha ido cayendo en descrédito, debido a la ausencia de asociación con la mano dominante, con algún tipo de trabajo específico y la fuerte asociación familiar y genética descrita. Se consigue descubrir un componente hereditario en hasta 40% de los pacientes. Algunos lo han atribuido a un gen de herencia autosómico dominante, de penetrancia[[8]](#footnote-8) variable, donde el gen alterado se relaciona probablemente con la síntesis de colágeno.

Goyrand fue el primero que describió la asociación familiar ya en 1833. Además, la fuerte variabilidad en prevalencia según geografía es una fuerte evidencia de una susceptibilidad heredable. En muchos pedigrees la heredabilidad aparenta seguir un modelo autosómico dominante, descrito por Skoog y Stackebrandt ya en los años 30 y 40.

Uno de los escasos estudios con mayor población se realizó en Edimburgo, por Ling, que mostró que la enfermedad estaba presente en los mayores de 60 años en 53% de los hombres y en 33% de las mujeres.

Estudios genéticos se han realizado en pacientes con ED, no encontrándose aún mutaciones genéticas que se relacionen directamente con la ED, pero sí se han descrito SNPs (single nucleotide polymorphismos o polimorfismos de nucleótido simple) que son alteraciones genéticas mínimas que aportan una mayor susceptibilidad a tener la ED. La mayoría de estos polimorfismos se localizan en genes de los cromosomas 6, 11 y 16 que codifican a proteínas en la vía de señalización Wnt.

Otros estudios han implicado el TGF-b1 como gen de susceptibilidad. Sin embargo, estudios de la asociación entre los polimorfismos de nucleótidos de este gen con la incidencia de ED no han podido aclarar el asunto. Lo descrito como una herencia autosómica dominante, es referido por algunos autores sólo como una hipótesis informada.

Una herencia autosómica recesiva es también posible, pudiendo ser concordante con algunos casos familiares. También hay muchos casos esporádicos, sin aparente herencia caucásica europea, que mantienen en duda si estos casos tienen una base genética. Como se puede ver de lo recién expuesto, la alteración genética y el mecanismo específico aún no se ha encontrado, pudiendo tratarse de una enfermedad de origen monogénica, poligénica o de componente variable entre una interacción genética y ambiental.

Respecto a las asociaciones con otros factores se describen múltiples elementos y algo ya se mencionó sobre el trauma o trabajo manual. Este último no se ha logrado relacionar de forma clara con la génesis ni sintomatología de la ED.

No hay una diferencia significativa en la lateralidad de la afección de la mano dominante versus la no dominante. Sí habría una relación de la exposición a Vibración con la ED, incluso en términos de dosis-respuesta. Sobre una lesión traumática como causa de la ED hay hallazgos contradictorios en la literatura. Se menciona que en sujetos predispuestos genéticamente un trauma podría contribuir a la aparición de la enfermedad. Sin embargo, para aceptar esta hipótesis como plausible la lesión debería aparecer en el lugar afectado no más allá de 2 años después de la lesión y con evidencia clara de que hubo tal traumatismo.

##### 2.4.3 Diagnóstico

En general es un cuadro de diagnóstico tardío ya que inicialmente la enfermedad se va a manifestar sólo como pequeñas depresiones de la palma, o bien como zonas con cambio de la pigmentación o fibrosas. Posteriormente aparecen los nódulos, que son de tejido blando, en general ubicado a nivel del pliegue palmar distal, pero también puede aparecer en los dedos, a nivel de la articulación interfalángica proximal -más común en los dedos meñiques y anular-.

En general estos nódulos son asintomáticos, asociándose en ocasiones a Tenosinovitis estenosante -si es que hay compromiso de la polea de los flexores, impidiendo el deslizamiento de los mismos bajo la polea-.

Sobre la cara dorsal de las articulaciones interfalángicas pueden aparecer nódulos indurados, llamados nódulos de Garrod, que se asocian a enfermedad de Peyronie, Ledderhose -fibromatosis plantar- y a una ED de mayor gravedad y avance -diátesis de Dupuytren-.

Posteriormente aparecen bridas o cordones, que producen una retracción progresiva de los dedos comprometidos hacia la postura en flexión de los mismos. Puede aparecer disminución del espacio interdigital, alteraciones de eje axial como rotacional y disfunción tanto estática como dinámica del dedo comprometido.

Una prueba a realizar al examen físico es la prueba de Hueston -test de apoyo de mano en la mesa-, que se realiza apoyando la palma sobre una superficie plana, debiendo ser capaz de apoyar todos los dedos extendidos de una forma uniforme.

Este test es positivo cuando no se consigue apoyar todos los dedos extendidos sobre la mesa y evidencia una contractura en flexión de alguno de los dedos. La presencia de un test positivo es predictor del beneficio de la cirugía, ya que la positividad de este test representa la angulación de por lo menos 30º de la articulación metacarpofalángica, situación en la cual los pacientes operados responden satisfactoriamente a la pregunta si la cirugía les modificó la función de la mano.

Dentro del diagnóstico diferencial se deben mencionar las contracturas dérmicas por quemaduras, contracturas aisladas de los dígitos por lesiones del aparato flexo-extensor y un cuadro llamado contractura no Dupuytren.

Este último fue descrito por Anderson en 1891, y consiste en la contractura de las partes blandas profundas de la mano, que se da principalmente en razas aborígenes más que en razas blancas, no tiene historia familiar, no hay predilección por género, el compromiso de la palma es en línea con un solo dedo, pero sin comprometerlo, no hay contractura de las articulaciones digitales y la mayoría de las veces sólo aparece en respuesta a traumas o intervenciones quirúrgicas de la palma.

Tiene una resolución espontánea en la mayoría de los casos, es de curso benigno y en contadas ocasiones requiere cirugía.

##### 2.4.4 Tratamientos

Tratamiento no quirúrgico: La observación es planteable en casos leves, no progresivos, no limitantes de la funcionalidad. Se ha reportado el uso de la radioterapia, principalmente en uso en países europeos, con buena respuesta, retardando y enlenteciendo la progresión de la enfermedad, retrasando por lo tanto la necesidad de tratamiento quirúrgico. Históricamente podemos mencionar que se han utilizado inyecciones de corticoesteroides[[9]](#footnote-9), dimetilsulfóxido, vitamina A y E e interferón gamma, sin resultados consistentes.

Sí se han obtenido resultados favorables con inyecciones de colagenasas.

Los primeros trabajos de tratamiento con sustancias degradadoras del colágeno Aparecen con Hueston en 1971, quien acuño el término de fasciotomía enzimática y utilizó para ello una mezcla de tripsina, hialuronidasa y lidocaína, sin embargo, su trabajo no tuvo grandes seguidores.

La purificación de la colagenasa específica derivada del Clostridium histolyticum se debe a Maclennon, en 1953, quien publica un artículo sobre la destrucción bacteriana del colágeno; sin embargo, su uso en el tratamiento de la

ED se remonta

Tan sólo a unos 15 años atrás, con los primeros estudios in vitro. Se reconocen más de 7 tipos de colagenasas[[10]](#footnote-10) del clostridium histolyticum, las cuales se pueden agrupar en 2 clases. Estas metaloproteasas se unen y quiebran la estructura tridimensional del colágeno.

El medicamento se inyecta directamente en la cuerda pretendinea, pudiendo ser utilizado para la contractura en flexión de la articulación metacarpofalángica como para la articulación interfalángica proximal. Se han realizado estudios prospectivos, comparados con placebo, con seguimiento hasta 2 años, así como estudios retrospectivos con mayores seguimientos (8 años),

Que muestran una efectividad de aproximadamente 65% en la resolución completa (0-5° de contractura remanente) de la contractura con el uso de esta enzima con un máximo de 3 inyecciones.

Tratamiento quirúrgico: La cirugía es el estándar de oro para el tratamiento de las formas progresivas de la enfermedad. Este se plantea en casos de una contracción de la articulación metacarpo falángica (MTCF) de 30º o más (lo que se considera una prueba de Hueston positiva) o contracción de la interfalángica proximal asociada a un deterioro funcional, habitualmente presente con contracturas mayores a 20°.

La cirugía consiste principalmente en alguna de las siguientes opciones: fasciotomía percutánea, fasciectomía abierta parcial, fasciectomía abierta total, dermofasciectomía[[11]](#footnote-11) y amputación. La fasciotomía percutánea es la técnica menos invasiva de todas, se emplea en caso de pacientes que no son buenos candidatos para una intervención quirúrgica mayor, especialmente adultos mayores con múltiples comorbilidades, ya que puede conseguirse resultados inmediatos en la extensión de los dedos con un mínimo riesgo al usar sólo anestesia local.

Se realiza habitualmente con una aguja con la que se secciona la cuerda fibrosa en forma percutánea.

Un estudio reciente comparando esta técnica con fasciectomía abierta a las

6 semanas de evolución demostró una mejoría del déficit de extensión pasivo de 63%, comparado con una mejoría de 79% del grupo de fasciectomía abierta.

Respecto a las complicaciones hubo un mayor número de complicaciones menores -lesiones de piel y parestesias- en el grupo percutáneo versus fasciectomía, sin embargo, el grupo percutáneo no tuvo complicaciones mayores, las que si se presentaron en el grupo quirúrgico (lesión de nervio digital, infección y hematoma).

1. Cable Bowden (chicote) es un tipo de cable mecánico flexible usado para la transmisión mecánica del movimiento por tracción. [↑](#footnote-ref-1)
2. Glenohumeral articulación perteneciente al grupo de las diartrosis, está integrada por los huesos del humero, omoplato y brazo. [↑](#footnote-ref-2)
3. Electromiografía procedimiento para conocer el funcionamiento del sistema nerviosos periférico (nervio y musculo). [↑](#footnote-ref-3)
4. Corticoides son hormonas esteroideas que se usan como medicamentos o fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores. [↑](#footnote-ref-4)
5. Bursa es un saco lleno de fluido forrado por membrana sinovial con una capa capilar interior de fluido viscoso. Proporciona un cojín entre los huesos, tendones y/o músculos alrededor de una articulación. [↑](#footnote-ref-5)
6. Fasciectomía cirugía realizada en tejido que recubre los músculos, el procedimiento reduce la presión acumulada dentro de la fascia. [↑](#footnote-ref-6)
7. Miofibroblastos posee características intermedias entre fibroblasto y célula muscular lisa, Desempeñan un papel durante la inflamación, la reparación, la cicatrización y la regeneración de los tejidos en los diferentes órganos. [↑](#footnote-ref-7)
8. Penetrancia es la proporción de una Población que expresan el fenotipo patológico, entre todos los que presentan un genotipo portador de un alelo mutado [↑](#footnote-ref-8)
9. Corticosteroides o corticoides son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides y sus derivados. [↑](#footnote-ref-9)
10. Colagenasa es una enzima que descompone el colágeno del tejido dañado y facilita el crecimiento de tejido saludable.

    [↑](#footnote-ref-10)
11. Dermofasciectomía del flujo sanguíneo en músculos y nervios, condiciona el daño tisular. [↑](#footnote-ref-11)