

Artrosis y manejo de dolor articular en la mujer

Arthrosis and joint pain management in women

**RITA SIERRA-MERLANO, NATALIA SKUPIN-RUEDA,
DEIBYS CANDO-PALENCIA • CARTAGENA (COLOMBIA)**

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4953>

Resumen

El uso de categorías como sexo o género puede modificar las conclusiones en la investigación en salud. El sexo mujer tiene la mayor carga de enfermedad en algunos trastornos musculoesqueléticos, neurológicos y mentales a nivel global y de Colombia. Existen claras diferencias sexuales en la epidemiología de la osteoartrosis (OA) que no se explican completamente por la vulnerabilidad al impacto biomecánico, el índice de masa corporal, el consumo de alcohol o la actividad física; además el escaso número de estudios en población joven limita el conocimiento de entre otros, los factores premórbidos. Los estudios actuales de valoración de dolor con enfoque de género (masculino o femenino) arrojan resultados no concluyentes y pueden variar con la evolución de la identidad de género. La OA genera gran discapacidad y no hay progresos relevantes en el tratamiento. Las intervenciones con mejores resultados son el ejercicio y la pérdida de peso. La agenda de investigación se abre hacia otras medidas biológicas y sociales que modifiquen los desenlaces de OA (1). (*Acta Med Colomb 2025; 50-4 (Supl). DOI: https://doi.org/10.36104/amc.2025.4953*).

Palabras clave: *diferencias de sexo, genero-papel, osteoarthritis, dolor, respuesta terapéutica.*

Abstract

The use of categories like sex or gender can modify the conclusions of healthcare research. The female sex has a higher burden of disease in some musculoskeletal, neurological and mental disorders, worldwide and in Colombia. There are clear sexual differences in the epidemiology of osteoarthritis (OA) that are not completely explained by vulnerability to biomechanical impact, body mass index, alcohol consumption or physical activity. Furthermore, the scant number of studies in young people limits knowledge of premorbid factors, among others. Current studies on gender-specific (male or female) pain assessment have yielded inconclusive results and may vary with the evolution of gender identity. Osteoarthroses cause a great deal of disability and there has been no relevant progress in treatment. The interventions with the best outcomes are exercise and weight loss. The research agenda points toward other biological and social measures to modify OA outcomes (1). (*Acta Med Colomb 2025; 50-4 (Supl). DOI: https://doi.org/10.36104/amc.2025.4953*).

Keywords: *sex differences gender-role, osteoarthritis, pain. therapeutic response.*

Dra. Rita Sierra-Merlano: PhD. FACP. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Profesora Universidad de Cartagena; Dra. Natalia Skupin-Rueda y Dr. Deibys Cando-Palencia: Residentes especialización en Medicina Interna, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia). Correspondencia: Dra. Rita Sierra-Merlano. Cartagena (Colombia). E-Mail: [rмагola@unicartagena.edu.co](mailto:rmagola@unicartagena.edu.co)

Introducción

El tema de la osteoartritis (OA) y dolor en las mujeres lo iniciare con la definición de género, sexo o sexos y su relación con salud. Nancy Krieger mujer y epidemióloga en el 2003 hizo notar la ausencia del término género en la literatura médica antes de 1970 y su uso intercambiable con sexo a inicios del siglo XX. En su artículo de 2003 Nancy Krieger define género como una construcción social unida a la cultura (en contraposición a la naturaleza): convencio-

nes, papeles, comportamientos, relaciones entre mujeres, hombres, jóvenes, sus maneras, divisiones, clases sociales, autoridad, etnia, raza, nacionalidad y religión.

También define sexo, como marcador biológico determinado por caracteres para la reproducción asignado por indicadores externos como la presencia o no de pene, vagina, ovarios o testículos, niveles hormonales, embarazo o marcadores cromosómicos, que incluye las categorías de: hombre, mujer, intersexo (personas con ambas categorías)

y transexual (personas con intervenciones quirúrgicas u hormonales para reasignar el sexo).

La autora enfatiza como el uso de las categorías de sexo o género se relaciona con la salud y enfermedad y al asignarse, en estudios científicos puede llevar a conclusiones erróneas y propone un nuevo enfoque de las investigaciones científicas: determinantes sociales de la enfermedad (1).

Al reestudiar el tema, es sorprendente como después de más de 20 años en las revistas médicas científicas revisadas por pares persista el uso intercambiable de esas categorías, a pesar de tener referentes internacionales. En el mejor de los casos encontramos estudios que usan el dimorfismo sexual o de forma intercambiable con género (1), al igual que el uso de otras categorías de diversidad que llevan a la confusión biológica y social como: etnia, raza, color de piel y pobreza (2).

Epidemiología de las enfermedades reumáticas y el dolor en mujeres

En 2024 la revista Lancet Salud Pública revisó las principales causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) a nivel mundial para mujeres y hombres en 2021, aportando nuevos datos a los ya existentes en relación a las diferencias en la carga de enfermedad y desenlaces desfavorables entre hombres y mujeres (3). Este estudio presentó las tendencias de mortalidad y morbilidad de 1990 - 2021 en 204 países, seleccionando las primeras 20 causas de enfermedad usando como medida de mayor interés los AVAD. Los autores buscaron las diferencias en salud entre mujeres y hombres y como otras publicaciones usadas en esta ponencia no se incluyeron otras categorías de sexo (intersexualidad) y género por falta de datos.

Entre las 20 enfermedades más frecuentes a nivel mundial, las diferencias se acentúan principalmente en dolor lumbar: 478.5 (IC de 95%: 346.3-632.8) años AVAD/100 000 habitantes (hab) más en mujeres que en hombres y en los otros trastornos musculoesqueléticos. Las enfermedades mentales también fueron causas mayores de AVAD en mujeres, la depresión y ansiedad generan una mayor carga de enfermedad en este grupo al igual que la cefalea y la demencia.

En 2023 el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos publicó un estudio como respuesta al Congreso por las condiciones de las enfermedades crónicas de las mujeres y las necesidades de salud pública. Los autores consideraron, en primera instancia, que faltan definiciones de afecciones crónicas específicas para mujeres y proponen nuevas categorías, considerando enfermedades específicas, más frecuentes, con mayor morbilidad, con estudios escasos o con alta morbilidad en mujeres (4). Además resaltan los múltiples desafíos en el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones crónicas específicas de la mujer.

Con respecto a los AVAD como medida de carga de enfermedad, el estudio mostró, que fueron mayores para Osteoartritis (OA), Artritis Reumatoide (AR), depresión y osteoporosis. Las mujeres constituyen 80% de la población

con enfermedades autoinmunes, con morbilidad muy alta. Al igual que en la anterior publicación los autores, encontraron que la depresión es más frecuente en mujeres y la relacionan con factores biológicos, hormonales y sociales, como las altas tasas de exposición a la violencia de pareja.

En Colombia la Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA) en 2018 realizó un estudio de prevalencia de enfermedades reumáticas usando el cuestionario COPCORD (5). Se evaluaron 6693 personas en edad de 46.40 ± 18.35 , 64% mujeres. Las prevalencias fueron: malestar musculo esquelético no específico 16.09%, la enfermedad reumática más prevalente fue OA 10.81%; IC 95%: 9.68-12.06%, el síndrome regional apendicular 9.73%; IC 95%: 8.48-11.14%, el dolor lumbar (lumbalgia mecánica) en 7.24%; IC 95%: 6.28-8.34% y la AR, el 1.49% y el lupus eritematoso sistémico 0.05%, más frecuente que las miopatías inflamatorias y la esclerosis sistémica. Las comorbilidades más frecuentes: cefalea y trastornos mentales en 20%. No se hizo análisis por sexo o género y se usaron intercambiadas.

Un subproducto de la investigación de ASOREUMA utilizó los datos de la prevalencia de las enfermedades reumáticas en Colombia para estimar la carga con resultados similares a otros estudios a nivel mundial de carga de enfermedad musculoesquelética (6, 7). El estudio incluyó casos mayores de 18 años con criterios del Colegio Americano de Reumatología/ Liga Europea contra el Reumatismo (ACR/EULAR, siglas en inglés) de AR (8) OA de rodilla (9) y OA cadera (10) y para dolor lumbar se excluyeron los casos con diagnóstico de dolor lumbar inflamatorio o atribuible a otra causa.

La carga más alta de enfermedad fue el dolor lumbar con un estimado de 2 390 256 casos en 2015 con mayoría de mujeres, la edad más frecuente fue 18 - 29 años y cerca de 50% de los casos en este grupo fueron mujeres. La enfermedad más prevalente fue la OA con 3 335 553 en 2015, la mayoría edades de 50-59%, más frecuente en mujeres de 40-49 años hasta los mayores de mayores de 80 años, teniendo en cuenta el aumento en la expectativa de vida y las comorbilidades asociados esta carga será mucho mayor especialmente en los países de menores ingresos.

Para la AR el estimado fue de 451 173 casos, más frecuente en mujeres de 40 y 60 años con severidad moderada o severa en 55%. El estudio informa la distribución de la AR por edad y sexo y muestra en una tabla que en el grupo de 18-29 años hubo 20 000 casos fueron mujeres e igual que en mayores de 80 años. En los grupos de edad con mayor prevalencia: 40-49 años hubo 160 000 mujeres y 20 000 hombres, 50-59 años 80 000 mujeres, cerca de 30 000 hombres y de 70-79 años la AR es más prevalente en mujeres. No se hace análisis de sexo o género.

Causalidad biológica o social de la OA y el dolor en las mujeres

La OA puede localizarse en múltiples articulaciones siendo la OA de rodilla y cadera las más impacto tiene

en la calidad de vida de las personas al modificar actividades básicas como deambular, subir o bajar escaleras, transferencias y movilidad en general. Como mencionamos antes, la OA es la enfermedad reumática más prevalente en el mundo, al igual que en Colombia, afectando más de 350 millones de individuos en 2022, la mayoría mujeres. Desde las décadas pasadas sabemos que por cada persona con discapacidad por AR hay de 7-11 personas con discapacidad por OA sin progresos importantes en el manejo tratamiento de esta enfermedad en general o con enfoque de género (11).

El artículo de Eckstein y colaboradores es una revisión bibliográfica de las diferencias anatómicas evaluadas con imágenes diagnósticas de OA de rodilla y su relación con el dimorfismo sexual: hombres o mujeres. Los autores parten de la alta homogeneidad genética de los humanos, comparada con otras especies y aunque las diferencias interindividuales en los humanos son multifactoriales en los estudios se les agrupa en dos morfotipos, reiterando que el sexo humano no se reduce a hombre y mujer pero la bibliografía actual si lo limita al dimorfismo sexual (12).

Para los autores las diferencias sexuales en la epidemiología de la OA de las rodillas no son bien comprendidas y no hay acuerdo con respecto de los factores biológicos como las hormonas o al dimorfismo en la anatomía articular que podrían hacer a las mujeres más vulnerables al impacto biomecánico, el índice de masa corporal, el consumo de alcohol o la actividad física. El estudio presenta una búsqueda bibliográfica de OA de rodillas realizados con morfometría por resonancia magnética y biomarcadores sistémicos del metabolismo articular y sexo.

Estos autores llaman la atención sobre la falta de estudios de OA de rodilla en niños, adolescentes y jóvenes es decir en poblaciones antes de la aparición de la enfermedad lo que dificulta evaluar el valor predictivo de los hallazgos en premórbidos. También sugieren la necesidad de mejores medidas de los cartílagos y meniscos, la inclusión explícita de las variables: sexo y edad y definir los estadios de la OA para mejorar la calidad de los estudios, invitándonos a abandonar el enfoque de “talla única/sexo para todos” en las investigaciones de OA de rodillas.

Los síntomas, como el dolor, son una experiencia del sujeto, y las mujeres se consideran más sensibles al dolor, lo cual puede ser influenciado por diferentes factores sociales y culturales. El sexo mujer también se asocia a mayor riesgo para la OA y su progresión a desenlaces adversos.

El conocimiento en esta área es también escaso y aún en estudios realizados con enfoque de género y con instrumentos de medida estandarizados evitando la intercambiabilidad de sexo y género los resultados varían en las diferentes estudios y poblaciones. La valoración que se hace desde la perspectiva de género masculino o femenino de la sensibilidad y tolerancia al dolor, en comparación con el ser hombre o mujer promedio y presenta asociaciones no significativas posiblemente cambiantes en la medida que la identidad de género evoluciona con el tiempo (13).

Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la OA de rodillas

Las diferentes guías de manejo interdisciplinario para OA enfatizan las intervenciones no farmacológicas como la piedra angular del tratamiento, con la recomendación de mayor fuerza de la evidencia para el ejercicio y la pérdida de peso en OA de rodilla y cadera, si hay sobrepeso u obesidad (14, 15).

Las publicaciones comparando ejercicio entre mujeres y hombres con OA de rodillas son escasos el estudio de Bacon y colaboradores les permitió mostrar que la medida del cuádriceps, a cinco años, no cambió los desenlaces de marcha o limitación al levantarse en hombres; en mujeres mejoró el rendimiento en: marcha, levantarse de la silla y subir escaleras (16).

En la vida real las medidas no farmacológicas tienen una alta probabilidad de fracaso, los tratamientos farmacológicos disponibles para la OA no modifican la enfermedad y muchos pacientes necesitan artroplastia total de rodilla. El Colegio Estadounidense de Reumatología y la Asociación de Cirujanos de Cadera y Rodilla publicó una guía con recomendaciones para OA sintomática moderada a grave y fracaso al tratamiento no quirúrgico (17).

Las recomendaciones siguen siendo las mismas: las que tiene el mayor tamaño del efecto sobre el dolor en OA rodilla fueron: el ejercicio, y la pérdida de peso, comparables con diclofenaco oral, y superadas por los glucocorticoides o el ácido hialurónico intraarticular, comparadas con placebo. Los autores abren las opciones a otras intervenciones para bajar de peso como los inhibidores de los GLP-1, pero desestiman su uso por el alto costo y para la cirugía bariátrica hacen consideraciones de riesgo mediato e inmediato, baja aceptación por algunos y la pérdida del efecto.

Conclusiones

Las publicaciones, a la fecha, de investigación en OA y dolor en mujeres se limitan a estudios dicotómicos: hombre y mujer, la mayoría carecen de enfoque de género y persiste en el lenguaje científico medico la intercambiabilidad en las categorías: sexo y género.

Hay escasos estudios con enfoque de género que abordan la causalidad biológica de la OA y sus desenlaces en esta enfermedad prevalente en mujeres de todas las regiones del mundo y diferencias de percepción del dolor por sexo o género.

El ejercicio sigue siendo la piedra angular del tratamiento de la OA de rodilla y cadera sin disponer de estudios con enfoque de género y sexo, igual que la pérdida de peso.

La alta probabilidad de fracaso del ejercicio como intervención en OA debería ser un llamado a mejorar el compromiso en su aplicabilidad por médicos y pacientes y una agenda obligada en la búsqueda científica de intervenciones biológicas y sociales que mejoren los desenlaces adversos de la OA, especialmente de rodilla, en las mujeres de todo el mundo.

Referencias

1. Heidari, Shirin, Thomas F. Babor, Paola De Castro, Sera Tort, and Mirjam Curno. "Sex and Gender Equity in Research: Rationale for the Sager Guidelines and Recommended Use." *Research Integrity and Peer Review* 1, no.1 (2016): 2.
2. Deb, Brotto, and Adam Rodman. "Racial Differences in Pain Assessment and False Beliefs About Race in AI Models." *JAMA Network Open* 7, no. 10 (2024): e2437977-e2437977.
3. Patwardhan, V., G. F. Gil, A. Arrieta, and J. Cagney. "Differences across the Lifespan between Females and Males in the Top 20 Causes of Disease Burden Globally: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2021." *Lancet Public Health* 9, no. 5 (2024): e282-e94.
4. Temkin, S. M., Barr, E., Moore, H., Caviston, J. P., Regensteiner, J.G., Clayton, J. A. (2023). Chronic conditions in women: the development of a National Institutes of health framework. *BMC Womens Health*, 23(1), 023-02319.
5. Londoño J, Peláez-Ballestas Is, Cuervo F, Angarita I, Giraldo R and Rueda JC. Prevalencia De La Enfermedad Reumáticas en Colombia, Según Estrategia Copcord Asoreuma. *Revista Colombiana de Reumatología* 25, (2018):245-256.
6. Sebbag, E., R. Felten, F. Sagez, J. Sibilia, H. Devilliers, and L. Arnaud. The World-Wide Burden of Musculoskeletal Diseases: A Systematic Analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis* 78, 6 (2019): 844-848.
7. Long, H, Qiang Liu, Heyong Yin, Kai Wang, Naicheng Diao, Yuqing Zhang ET AL. Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis from 1990 to 2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019." *Arthritis & Rheumatology* 74,(2022): 1172-1183.
8. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. 2010;62(9):2569-81.
9. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis and rheumatism*. 1986;29(8):1039-49.
10. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum*. 1991;34(5):505-14.
11. Battle-Gualda, E. "Artrosis E Investigación: ¿Una Asignatura Pendiente?" *Rev Esp Reumatol*. 29, (2002): 427-9.
12. Eckstein, Felix, Wolfgang Wirth, and Reinhard Putz. Sexual Dimorphism in Articular Tissue Anatomy. Key to Understanding Sex Differences in Osteoarthritis?. *Osteoarthritis and Cartilage* 32, no. 9 (2024): 1019-1031.
13. Raghava Neelapala, Y. V., S. Sharma, and C. Carlesso L. "Exploring the Association of Gender Role Expectations of Pain and Measures of Pain Sensitization in People with Knee Osteoarthritis: A Cross-Sectional Study." *Osteoarthritis Cartilage* 32, no. 9 (2024): 1172-1177.
14. Kolasinski, S. L., T. Neogi, M. C. Hochberg, C. Oatis, G. Guyatt, J. Block, L. Callahan, et al. "2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee." *Arthritis Care Res* 72, no. 2 (2020): 149-162.
15. Bannuru, R. R., M. C. Osani, E. E. Vaysbrot, N. K. Arden, K. Bennell, S. M. A. Bierma-Zeinstra, V. B. Kraus, L. S. Lohmander, J. H. et al. "Oarsi Guidelines for the Non-Surgical Management of Knee, Hip, and Polyarticular Osteoarthritis." *Osteoarthritis and Cartilage* 27, no. 11 (2019): 1578-1589.
16. Bacon, K. L., N. A. Segal, B. E. Øiestad, C. E. Lewis, M. C. Nevitt, C. Brown, et al. "Concurrent Change in Quadriceps Strength and Physical Function over Five Years in the Multicenter Osteoarthritis Study." *Arthritis Care Res* 71, no. 8 (2019): 1044-1051.
17. Burns Risa. What Would You Recommend for This Patient Interested in a Total Knee Joint Arthroplasty? Grand Rounds Discussion from Beth Israel Deaconess Medical Center. *Annals of Internal Medicine* 178, no. 6 (2025): 858-867.

