

El peso, la obesidad y la salud de las articulaciones

El exceso de peso sobrecarga las articulaciones y aumenta el riesgo quirúrgico; incluso una pérdida moderada puede aliviar los síntomas y mejorar los resultados.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Qué es?

El peso y la salud de las articulaciones están estrechamente relacionados. Tener exceso de peso hace que pase más carga a través de las articulaciones, sobre todo por la parte interna de la rodilla. Eso ayuda a explicar por qué la artrosis por desgaste es frecuente en la parte interna de la rodilla en las personas que viven con obesidad [1]. El exceso de peso también afecta a todo el cuerpo, no solo a las articulaciones. La obesidad es una enfermedad que provoca inflamación en todo el cuerpo, y esa inflamación también llega a las articulaciones [2].

Esta página está dirigida a cualquier persona que tenga exceso de peso y dolor articular, o que esté pensando en operarse de una articulación. También está dirigida a los padres, porque la obesidad infantil es una afección que puede cambiar, y abordarla puede mejorar la salud de las articulaciones y la salud general de los niños [3]. La buena noticia es que el peso es una de las cosas sobre las que usted puede actuar. Perder peso puede aliviar los síntomas articulares y reducir algunos riesgos relacionados con la cirugía.

El exceso de peso afecta a las articulaciones de dos formas principales. La primera es mecánica: con cada paso pasa más carga a través de la articulación. La segunda es química: la inflamación que acompaña a la obesidad puede desgastar la superficie lisa del interior de la articulación, y es posible que esa superficie no se adapte bien a cargas más altas en los adultos con obesidad [4]. En el otro extremo de la báscula, tener un peso inferior al normal también conlleva riesgos, algunos de los cuales coinciden con los que se observan en la obesidad [5].

El peso y la cirugía están relacionados en ambos sentidos. Las personas con sobrepeso u obesidad suelen necesitar una prótesis de cadera o de rodilla a una edad más temprana que las personas con un peso normal [6]. Pero el exceso de peso no descarta la cirugía. Una investigación que analizó los resultados a diez años tras una prótesis de cadera no encontró motivos para restringir el acceso a la cirugía basándose únicamente en el IMC

[7]. Tratar otros problemas de salud y planificar la operación con cuidado puede lograr resultados similares a los de los pacientes con un IMC normal [8].

¿Funciona?

La respuesta sincera es que las pruebas son dispares, y algunas son escasas. Perder peso puede aliviar los síntomas articulares y reducir algunos riesgos relacionados con la cirugía. Ese mensaje general se mantiene. Pero cuando los investigadores analizan de cerca operaciones concretas, el panorama es menos claro.

En las prótesis de cadera y de rodilla, el exceso de peso aumenta la probabilidad de necesitar una operación de reparación en algunos procedimientos. Los estudios han encontrado tasas más altas de revisión después de una prótesis parcial de rodilla en personas con obesidad [9], y tasas más altas de revisión después de una prótesis invertida de hombro colocada por fracturas [10]. En la prótesis de cadera, un estudio observó que el grado de obesidad no se relacionaba con el riesgo, la complejidad ni el momento de nuevas operaciones [11]. Resultados como estos no apuntan todos en la misma dirección, y gran parte de la investigación es de pequeño tamaño o a corto plazo.

Algunos hallazgos son tranquilizadores, dicho de forma sencilla. Después de una cirugía de cadera por pequeñas incisiones, las personas con obesidad tuvieron mejorías a largo plazo del dolor y de la función equiparables a las de las personas con un peso normal [12]. Después de una cirugía por fractura de muñeca, un estudio no encontró diferencias en el movimiento de la articulación entre las personas con un peso normal y las personas con obesidad [13]. Por otro lado, la cirugía de rodilla por pequeñas incisiones suele funcionar peor en las personas con obesidad, sobre todo cuando ya existe artrosis [14].

También hay lagunas. En las personas con un IMC de 45 o más, los estudios sobre un tipo de prótesis de rodilla eran demasiado pequeños para sacar conclusiones firmes [15]. En algunas decisiones quirúrgicas, los datos disponibles son demasiado débiles para respaldar recomendaciones firmes en un sentido u otro [16].

La conclusión para usted es esta. El exceso de peso modifica algunos riesgos relacionados con la cirugía articular, pero no descarta la cirugía, y muchas personas con obesidad evolucionan bien después de su operación. Su médico puede comentar con usted cuáles de estos hallazgos se aplican a su articulación y a su situación.

¿Cuáles son los riesgos?

Los riesgos más probables de la cirugía articular son los que se notan en los primeros días y semanas: problemas de la herida, rigidez y una recuperación más lenta. El exceso de peso puede hacer que algunos de ellos sean más probables. Después de una cirugía por fracturas del brazo y de la mano, las personas con obesidad tuvieron tasas de complicaciones más altas en los primeros 90 días y de nuevo a los 2 años [17]. A los 2 años, esas complicaciones incluían que el hueso consolidara en una posición incorrecta, que el hueso no llegara a consolidar y la necesidad de una nueva cirugía [17].

Algunos riesgos dependen de la articulación y de la operación. Después de una prótesis parcial de rodilla, las personas con obesidad necesitaron operaciones de reparación con más frecuencia [9]. Lo mismo ocurrió

después de una prótesis invertida de hombro colocada por fracturas, donde el exceso de peso se relacionó con más reparaciones en general y con más problemas de que la articulación se saliera de su sitio [10]. En un tipo de prótesis de rodilla robótica, la obesidad siguió siendo un factor de riesgo de que el implante se aflojara o fallara mecánicamente [18].

No todos los riesgos apuntan en la misma dirección, y algunos hallazgos son realmente dispares. En otro estudio sobre la prótesis de rodilla robótica, la tendencia a más complicaciones en las personas con obesidad grave (IMC de 35 o más) no fue estadísticamente clara [19]. La rigidez después de una prótesis de rodilla es una preocupación conocida, pero un estudio observó que un peso más alto no se relacionaba con más rigidez ni con peores resultados después de un procedimiento para liberar una rodilla rígida [20]. Tener un peso inferior al normal también conlleva riesgos, y algunos de ellos coinciden con los riesgos de la obesidad [5].

También hay lagunas reales en lo que se sabe. En las personas con un IMC de 45 o más, los estudios sobre un tipo de prótesis de rodilla eran demasiado pequeños para sacar conclusiones firmes sobre su seguridad [15]. En los niños con fracturas de las extremidades inferiores, la obesidad supuso estancias más largas en el hospital y más altas hospitalarias que las familias no deseaban [21].

El panorama general es este. El exceso de peso aumenta algunos riesgos relacionados con la cirugía, pero no descarta la cirugía, y muchos de estos riesgos pueden reducirse tratando otros problemas de salud y planificando la operación con cuidado [8]. Su médico puede comentar con usted cuáles de ellos se aplican a su caso.

¿Es adecuado para usted?

Si tiene exceso de peso y dolor articular, esta página está escrita para usted. El exceso de peso no descarta la cirugía. Muchas personas con obesidad evolucionan bien después de una prótesis de cadera o de rodilla, sobre todo cuando se tratan otros problemas de salud y la operación se planifica con cuidado [8]. Perder peso antes de la cirugía puede aliviar los síntomas articulares y reducir algunos riesgos relacionados con la operación.

La cirugía no es el único camino. En algunas articulaciones y algunas operaciones, el exceso de peso aumenta la probabilidad de necesitar más adelante una operación de reparación [9]. Su médico puede comparar las opciones con usted, incluidos los cuidados no quirúrgicos como el ejercicio y el control del peso, y ayudarlo a valorar lo que ofrece cada una.

Se trata de una decisión compartida. Usted aporta sus objetivos, su dolor y su vida diaria. Su médico aporta las pruebas sobre su articulación y su situación. Juntos pueden decidir el momento y el tipo de tratamiento que mejor se adapten a usted.

Conclusión

Tener exceso de peso afecta a las articulaciones y a algunos de los riesgos relacionados con la cirugía, pero no descarta la cirugía. Perder peso puede aliviar los síntomas articulares y reducir algunos de esos riesgos, y merece la pena tenerlo en cuenta como parte de su plan, junto con el ejercicio y otros cuidados. Lo realista es esperar un progreso constante y no una solución rápida, porque los resultados varían de una persona a otra. La advertencia

más importante es que las pruebas sobre operaciones concretas son dispares, así que hable con su médico sobre qué hallazgos se aplican a su articulación y a su situación.

Referencias

- [1] Cartilage contact characteristics of the knee during gait in individuals with obesity. *Journal of Orthopaedic Research*. 2022. DOI: 10.1002/jor.25288
- [2] Reframing Obesity in Knee Osteoarthritis: A Call for a Transdisciplinary Approach Beyond Biomechanics. *Arthroscopy*. 2026. DOI: 10.1002/arj.70051
- [3] The Role of Obesity in Pediatric Orthopedics. *JAAOS: Global Research and Reviews*. 2019. DOI: 10.5435/jaaosglobal-d-19-00036
- [4] Body mass index moderates the association between gait kinetics, body composition, and femoral knee cartilage characteristics. *Journal of Orthopaedic Research*. 2020. DOI: 10.1002/jor.24655
- [5] Weight on the fixation: the influence of body mass index on lower extremity fracture fixation outcomes. *Injury*. 2025. DOI: 10.1016/j.injury.2025.112864
- [6] Overweight and Obese Patients Require Total Hip and Total Knee Arthroplasty at a Younger Age. *Journal of Orthopaedic Research*. 2019. DOI: 10.1002/jor.24460
- [7] Do the Ten-Year Functional Outcomes and Revision Rates of Total Hip Arthroplasty in Obese and Morbidly Obese Patients Justify Restricting Their Access to Surgery?. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.07.044
- [8] Body Mass Index > 40 Is Not Correlated With Early Complications in Patients Undergoing Primary Total Joint Arthroplasty at an Ambulatory Surgical Center. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.08.065
- [9] Obesity is Associated with Higher Rates of Revision Following Unicompartmental Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2026. DOI: 10.1177/2325967125s00336
- [10] Revision rates between obese and nonobese total shoulder arthroplasty patients: an Australian registry data study. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2026. DOI: 10.1016/j.jse.2025.05.036
- [11] Obesity Class Does Not Associate With Incidence, Timing, or Invasiveness of Reoperations After Total Hip Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*. 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.07.026
- [12] Obese Patients Treated by Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement Syndrome – 10-Year Functional Outcomes and Conversion Rates to Arthroplasty Compared With Normal-Weight Patients. *The American Journal of Sports Medicine*. 2026. DOI: 10.1177/03635465251392585
- [13] Influence of body mass index on health-related quality of life after surgical treatment of intra-articular distal radius fractures. A retrospective 7-year follow-up study. *Hand Surgery and Rehabilitation*. 2019. DOI: 10.1016/j.hansur.2019.09.004

- [14] *Editorial Commentary: Obesity and Osteoarthritis Are Risk Factors for Conversion to Arthroplasty, With or Without Previous Knee Arthroscopic Surgery. Arthroscopy.* 2025. DOI: 10.1016/j.arthro.2025.04.036
- [15] Body Mass Index of 45 Is a Safe Cut-Off for Cementless Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty.* 2025. DOI: 10.1016/j.arth.2025.12.038
- [16] Reply to: “Letter to the Editor Commenting on: ‘Current Evidence Does Not Support the Use of Tibial Stem Extension in Total Knee Arthroplasty of Obese Patients: A Systematic Review’”. *The Journal of Arthroplasty.* 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2025.11.056
- [17] Obesity is associated with higher 90-day and 2-year complication rates following surgical fixation of upper extremity fractures: A nationwide analysis. *Injury.* 2025. DOI: 10.1016/j.injury.2025.112891
- [18] Impact of high body mass index on functionally aligned image-based robotic total knee arthroplasty: Comparable functional outcomes but higher mechanical failures. *Journal of ISAKOS.* 2025. DOI: 10.1016/j.jisako.2025.100861
- [19] Impact of body mass index on robotic-assisted total knee arthroplasty outcomes: A retrospective cohort analysis. *Journal of ISAKOS.* 2025. DOI: 10.1016/j.jisako.2025.100927
- [20] Obesity Severity and Stiffness After Total Knee Arthroplasty Revisited: A Contemporary Analysis of Patients Requiring Manipulation Under Anesthesia. *The Journal of Arthroplasty.* 2026. DOI: 10.1016/j.arth.2026.03.080
- [21] Impact of pediatric obesity on surgical outcomes of lower extremity fractures: a nationwide analysis (2010–2019). *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2026. DOI: 10.1186/s12891-025-09349-6