

El humano es un ser articulado cuyos diferentes segmentos pueden moverse, unos con relación a los otros, en virtud de la presencia de las articulaciones que permiten el desplazamiento y el movimiento en conjunto. Su integridad total facilita la vida de relación y la armonía de los movimientos.

Las articulaciones están constituidas por un conjunto de formaciones anatómicas que unen dos o más huesos.

La parte de la anatomía que estudia las articulaciones se llama artrología o sindesmología. No todas las articulaciones poseen el mismo valor ni la misma importancia. Existen aquellas con gran amplitud de movimientos (hombro, coxofemoral), otras que son de movimientos restringidos, semimóviles (sínfisis púbica), y por último las que carecen de movimiento (cráneo adulto) (**cuadro 2-1**).

CLASIFICACIÓN DE LAS ARTICULACIONES

Según su grado de movimiento se distinguen:

- Articulaciones móviles.
- Articulaciones semimóviles: **anfiartrosis**.
- Articulaciones inmóviles.

Según sus ejes de movimiento se distinguen:

- Rotación alrededor de ejes ortogonales: **giro**.
- Traslado en los planos perpendiculares a sus ejes: **desplazamiento**.

Las articulaciones también se **clasifican** según el tipo y la disposición del **tejido que se interpone** entre las superficies articulares. Estos tejidos interóseos pueden presentar **continuidad** (en este caso las articulaciones se denominan **sinartrosis**) o ser **discontinuos** y presentar una cavidad articular con líquido sinovial (**diartrosis**).

Según el tejido articular se distinguen:

- Por tener tejido fibroso interpuesto: **articulaciones fibrosas**.
- Por tener cartílago interpuesto: **articulaciones cartilaginosas**.
- Por tener líquido sinovial: **articulaciones sinoviales**.

La **sisarcosis** está constituida por músculos y espacios conectivos de deslizamiento y **no corresponde a una articulación verdadera** (articulación escapulotorácica: espacio interserratorácico y espacio interserratoescapular).

SINARTROSIS

Las **sinartrosis** son uniones entre los huesos o estructuras articuladas, mediante tejido conectivo sólido o semisólido. Se

clasifican de acuerdo con el tejido conectivo principal que compone la articulación:

Hay **articulaciones fibrosas**, por tener tejido fibroso interpuesto.

Hay **articulaciones cartilaginosas**, por tener cartílago interpuesto.

Hay **articulaciones óseas**, por tener tejido óseo interpuesto.

Articulaciones fibrosas o sinfibrosis

Suturas: los huesos que proceden directamente de un esbozo membranoso están unidos por tejido fibroso de fibras cortas, y quedan inmovilizados (**fig. 2-1**). Este tipo de articulación se encuentra entre los huesos del cráneo y los de la cara. Según la configuración de las superficies articulares se clasifican en:

- **Sutura plana [armónica]:** en ella se ponen en contacto superficies planas y lineales (huesos nasales).
- **Sutura escamosa:** las superficies en contacto están talladas en bisel (temporoparietal).
- **Sutura dentada:** presentan engranamientos o dentelladuras (sutura coronal).
- **Esquindilesis:** una superficie en forma de cresta se articula con una ranura (vómer y esfenoides).

Sindesmosis: los huesos se encuentran unidos por fibras de mayor longitud en forma de cordón o cinta (ligamentos), lo que permite cierta movilidad (p. ej., ligamento estilohioideo).

Membrana interósea: los huesos están unidos por una hoja de tejido conectivo (p. ej., membrana interósea radioulnar).

Gonfosis: una prolongación en forma de clavija o espina se introduce en un hueco o alvéolo, y es mantenida en su posición por fibras cortas (entre la raíz del diente y el alvéolo).

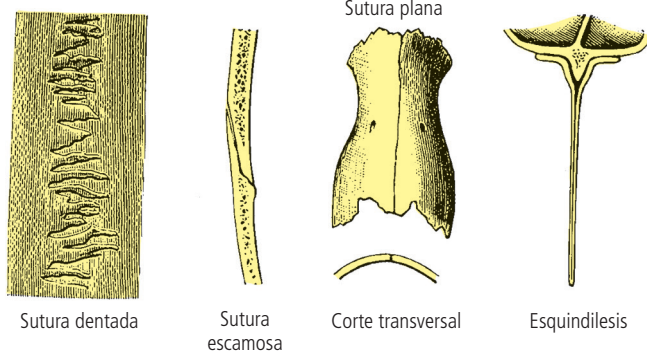
Articulaciones cartilaginosas

En este tipo de articulación, las superficies articulares poseen formaciones de cartílago hialino (sincondrosis) o fibrocartilaginosas que se interponen entre ambos huesos (p. ej., articulaciones condrocostales). Carecen de cavidad sinovial y presentan ligamentos periféricos que rodean la articulación (**fig. 2-2**).

- **Cartílago epifisario [cartílago de crecimiento]:** una articulación transitoria es la unión entre epífisis y diáfisis mediada por cartílago; luego será reemplazada, cuando se suelden ambas partes, quedando sustituida por la **lámina epifisaria**.
- **Sínfisis:** presentan un fibrocartílago interpuesto entre las superficies articulares (disco intervertebral, sínfisis púbica). Los movimientos son limitados y de poca amplitud individual. Actuando en forma conjunta, proveen absorción de fuerzas de choque, ofreciendo resistencia y flexibilidad.

CUADRO 2-1. Clasificación de las articulaciones

| Articulación | Clasificación | | Ejemplos |
|---------------|-------------------------|---------------|---|
| Ósea | Sinostosis | | Esfenoides-Occipital |
| Fibrosa | Sutura | Plana | Hueso nasal derecho-Hueso nasal izquierdo |
| | | Escamosa | Temporal-Parietal |
| | | Dentada | Frontal-Parietal |
| | | Esquindilesis | Esfenoides-Vómer |
| | Sindesmosis | | Acromion-Proceso coracoides |
| | Membrana interósea | | Diáfisis del radio-Diáfisis de la ulna [cúbito] |
| | Gonfosis | | Raíz del diente-Alvéolo dentario |
| Cartilaginosa | Sincondrosis | | 1.ª Costilla-Cartílago costal-Esternón |
| | Cartílago epifisario | | En la metáfisis de los huesos largos |
| | Sínfisis | | Pubis derecho-Pubis izquierdo |
| Sinovial | Plana | | Cigapofisaria cervical |
| | Cilíndrica | Trocoide | Radio-Ulna [cúbito] proximal |
| | | Ginglimo | Húmero-Ulna [cúbito] |
| | Bicondílea | | Temporal-Mandíbula |
| | Selar (silla de montar) | | Trapezio-1.º metacarpiano |
| | Elipsoidea | | Metacarpiano-Falange proximal |
| | Esferoidea | | Escápula-Húmero |
| | | Cotiloidea | Coxal-Fémur |


Fig. 2-1. Diversos tipos de suturas.

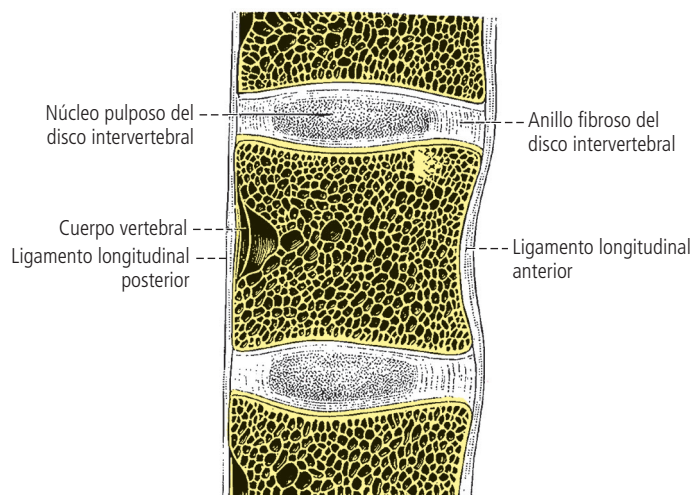


Fig. 2-2. Sínfisis típica: tres cuerpos vertebrales de la región lumbar, vistos en un corte sagital.

Articulaciones óseas

Las soldaduras óseas entre huesos se denominan **sinostosis**. Estas articulaciones son completamente inmóviles. Ejemplos: entre el esfenoides y el occipital, entre los cuerpos vertebrales del sacro.

SINOVIALES O DIARTROSIS

Son las articulaciones que presentan **cavidad sinovial**. En general son articulaciones muy móviles, particularmente interesantes por su complejidad anatómica y por su diversidad funcional. Tienen en común las formaciones anatómicas de base que las constituyen (**fig. 2-3**):

- Las superficies óseas están revestidas de cartílago, por lo general de tipo hialino.

- Los huesos están unidos por una cápsula articular y por ligamentos.
- La cápsula presenta un revestimiento sinovial en su cara interior.

Superficies articulares

Forma: es variable según la articulación considerada. Cuando las superficies en contacto no son planas, la convexidad de una pieza ósea se corresponde con una superficie configurada en sentido inverso (cóncava).

Grados de libertad de las articulaciones: con frecuencia es útil comparar los movimientos de los huesos con rotaciones alrededor de ejes perpendiculares entre sí. Cuando el movimiento de un hueso, en una articulación, está limitado a la rotación sobre un solo eje, se llama **uniaxial** y posee solo un grado de libertad. Si tiene movimientos independientes alrededor de dos ejes, la articulación será **biaxial** y tendrá dos grados de libertad.

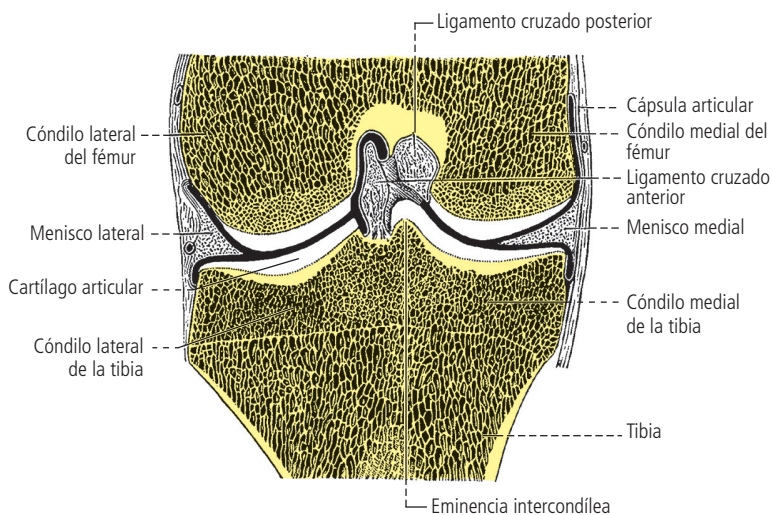


Fig. 2-3. Cartílago articular, en un corte coronal de la articulación de la rodilla. Articulación bicondílea doble.

Si puede moverse en los tres ejes ortogonales, tendrá **tres grados de libertad**. Si se mueve alrededor de muchos ejes de posición intermedia, la articulación será **multiaxial**.

Clasificación: según la forma de las superficies articulares, las **articulaciones sinoviales** se clasifican en seis géneros:

- A. Articulación esferoidea** [enartrosis]: las superficies articulares son esféricas o casi esféricas. Una de ellas, convexa, se aloja en una superficie cóncava (escapulohumeral, coxofemoral). Es una articulación multiaxial.
- B. Articulación elipsoidea** [condílea]: las superficies articulares están representadas por dos segmentos elipsoidales dispuestos en sentido inverso (articulación radiocarpiana: extremo distal del radio cóncavo, cóndilo carpiano convexo). Tiene dos ejes de movimientos. Presenta dos subgéneros:
 - **Articulación bicondílea:** dos superficies convexas se deslizan una sobre la otra (articulación temporomandibular).
 - **Bicondílea doble:** dos cóndilos de una epífisis entran en contacto con superficies más o menos cóncavas de otros dos cóndilos (articulación femorotibial) (véase **fig. 2-3**).
- C. Articulación selar** [por encaje recíproco]: cada una de las superficies articulares es cóncava en un sentido y convexa en otro, en forma de **silla de montar**. La concavidad de una corresponde a la convexidad de la otra (articulación trapeziometacarpiana). Los movimientos se desarrollan en dos ejes.
- D. Articulación trocoide:** las superficies articulares son segmentos de cilindro, uno convexo y otro cóncavo, que forman un **pivote** (articulación radioulnar proximal). Se mueve en un solo eje.
- E. Gínglimo** [troclear]: una de las superficies tiene forma de polea, en cuya "garganta" se aloja la saliente de la superficie articular opuesta (articulación humeroulnar). Se la puede describir como la función de una **bisagra**. Presenta un movimiento uniaxial.
- F. Articulación plana** [artrodia]: presenta superficies articulares más o menos planas que se deslizan una sobre la otra (procesos articulares vertebrales). Posee un movimiento multiaxial de escaso desplazamiento.

Cartílago articular

Cada superficie articular está revestida por un **cartílago articular** hialino, que se adhiere íntimamente al hueso. Su superficie libre es pulida y de coloración blanquecina. Maleable, extensible y compresible, se deforma bajo la influencia de presiones, para retornar a su espesor original cuando estas cesan. La extensión del revestimiento cartilaginoso es directamente proporcional a los movimientos de la articulación y es mayor en las articulaciones muy móviles (**fig. 2-3**).

Su espesor varía entre 0,2 y 2 mm. Es más grueso en los puntos de presión y de deslizamiento de la articulación. Así, es de mayor grosor en el vértice de las cabezas humeral y femoral y más delgado hacia el fondo o el centro de la cavidad glenoidea y del acetábulo. En los miembros inferiores es más o menos elástico a la presión y se comporta como un elemento de amortiguación frente a los choques. Su desaparición acarrea el desgaste rápido del hueso por presión y por frotamiento recíproco.

El **cartílago articular no posee vasos sanguíneos**, se nutre por imbibición a expensas del líquido sinovial. Para la parte basal del cartílago, se describen también vasos procedentes de la vecindad.

Labrum articular, disco y menisco

Estas estructuras son dispositivos de aspecto fibrocartilaginoso formados por tejido fibroso denso.

Labrum articular [rodete] (**fig. 2-4**): por lo general se dispone en forma de anillo alrededor de ciertas cavidades articulares a las que aumenta su superficie articular. Visto en un corte, es triangular; su base descansa sobre el contorno de la superficie articular y se confunde, internamente, con el cartílago articular y, por afuera, con el periostio; su cara interna mira a la cavidad articular y la externa se relaciona con los medios de unión periféricos: cápsula articular del hombro y de la cadera. En un traumatismo, la inserción ósea puede desgarrarse.

Disco y menisco articulares: están interpuestos entre las superficies articulares y mejoran su concordancia. Al corte, dos de sus caras miran a las superficies articulares y su base, periférica, se adhiere a la cápsula articular. Pueden presentar inserción ósea en sus extremidades, como ocurre con los **meniscos** en la rodilla (**figs. 2-3 y 2-5**). Su presencia divide la articulación en dos cavidades secundarias. En ocasiones, en el centro de los **discos** puede observarse una perforación.

Cápsula y ligamentos

Constituyen un dispositivo que asegura el contacto entre las superficies articulares. La **cápsula** se inserta en el hueso, en la vecindad del revestimiento del **cartílago articular**. En algunas articulaciones se fija a cierta distancia de las superficies articulares y puede tener un trayecto recurrente hasta el borde del cartílago articular. En otras, la cápsula se fija a distancia del cartílago. En este caso, puede ocurrir que una parte o la totalidad del **cartílago epifisario** se localice dentro de los límites de la cápsula articular (véase **fig. 1-6**).

La disposición de la **cápsula articular** como un manguito fibroso está condicionada a las superficies articulares. Su espesor es variable y depende de la fisiología articular. Presenta engrosamiento en los lugares donde se ejercen fuerzas de tracción, que constituyen los **ligamentos**. En la articulación del codo y en la

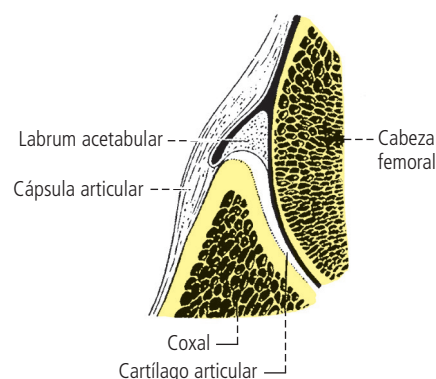


Fig. 2-4. Corte transversal de la articulación coxofemoral.

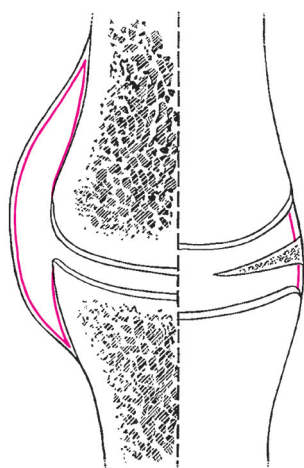


Fig. 2-5. Corte esquemático de una articulación sinovial. A la izquierda, en rojo, la sinovial dibuja dos recesos articulares. A la derecha, la presencia de un menisco articular divide la cavidad sinovial en dos espacios.

articulación talocrural, los ligamentos son bien diferenciados y espesos en sus partes laterales, mientras que la cápsula es delgada por los amplios movimientos de flexión y de extensión.

Algunos ligamentos se encuentran a **distancia** de la articulación: corresponden a músculos o a tendones periarticulares. Pueden presentarse privados de función y reducidos a bandas, pero su función mecánica no debe desdeñarse.

Los ligamentos poseen formas variables: banda o cinta, cordón diferenciado, espesamiento adherente a la cápsula. De **resistencia** considerable, le confieren a la articulación gran firmeza, como en el caso de la rodilla, que es capaz de resistir una fuerza de 415 kg sin desgarrarse.

Sólidos y flexibles, los ligamentos presentan una **elasticidad variable**:

- **Ligamentos fibrosos:** prácticamente inextensibles, su extensión limita el movimiento.
- **Ligamentos elásticos:** algo más extensibles como, por ejemplo, los ligamentos amarillos de las articulaciones vertebrales.

Con la edad, los **ligamentos** pierden su elasticidad y su flexibilidad. Se vuelven más rígidos y con mayor tendencia a acortarse, pero esto depende en gran parte de las exigencias a las que se los ha sometido. Así, el ejercicio físico tiende a mantener la flexibilidad aun en individuos de edad avanzada.

Los **ligamentos** pueden lesionarse debido a traumatismos articulares, simple distensión, desgarramiento, rotura (esguince) o bien desinserción, con arrancamiento óseo o sin él. Cuando existe un amplio desgarr capsuloligamentoso, este permite los desplazamientos amplios de las superficies articulares que se enfrentan, tal como ocurre en las luxaciones.

A ambos lados de sus inserciones óseas, la cápsula se continúa con el **periostio** de los huesos que une. Está cubierta por un tejido conectivo periarticular al cual se aplican músculos que entran, así, en contacto con la articulación. Se los denomina **músculos yuxtaarticulares** y desempeñan una acción de ligamentos activos, aun cuando anatómicamente, en sentido estricto, no forman parte de la articulación.

La **sinovial** (figs. 2-3 y 2-5) es una membrana delgada que tapiza la cápsula articular por su superficie interior. Se inserta por sus extremos en el contorno del revestimiento cartilaginoso de las superficies articulares, con el que comparte el origen embriológico. Cuando la cápsula se inserta a distancia de la superficie articular, la sinovial tapiza toda la superficie ósea interpuesta, reflejándose a partir de la cápsula: receso articular.

La **sinovial** presenta, a veces, prolongaciones de volumen variable en el interior de la articulación. Se las denomina pliegues sinoviales, y se encuentran frente a las interlíneas articulares, rellorando los espacios libres.

La sinovial es la parte más **ricamente vascularizada** de la articulación. Segrega la **sinovia**, un líquido transparente que existe en escasa cantidad en estado normal: se encuentra constituido por agua, materias proteicas, algo de mucina, trazas de grasas y sales minerales. En el líquido sinovial también se observan células deterioradas y descamadas del cartílago y de la membrana sinovial.

Constituye una porción vulnerable de la articulación: es sensible a las infecciones aportadas por la sangre (artritis septicémicas) o a las modificaciones del medio interno (reumatismo, gota). Los traumatismos que la desgarran provocan **hemorragias** intraarticulares (hemartrosis).

Las alteraciones que en ella asientan repercuten siempre sobre el juego articular (dolor, rigidez).

El **manguito capsular**, tapizado interiormente por la sinovial, sirve de pared a la cavidad articular. Es de dimensiones muy variables, tanto más vastas cuanto más amplios son los movimientos. Su forma también varía; en algunas articulaciones, como la rodilla, es muy compleja a causa de los meniscos intraarticulares, franjas sinoviales y adiposas.

VASCULARIZACIÓN

Las articulaciones reciben su irrigación y drenan hacia los vasos de la vecindad. Las **arterias** son numerosas a nivel de las grandes articulaciones de los miembros; proceden de los grandes troncos suprayacentes, lateroyacentes y subyacentes en la articulación, los que se ramifican y anastomosan, formando **círculos periarticulares**. Estos poseen una acción supletoria de trascendencia en las ligaduras arteriales. Las **venas**, satélites de las arterias, drenan la sangre de la articulación. Los **linfáticos** se reconocen en la sinovial, donde forman un plexo de mallas irregulares con prolongaciones ciegas; en la cápsula, las redes linfáticas son menos numerosas. El resto de las formaciones articulares carece de vías linfáticas. El o los plexos linfáticos drenan su contenido en unidades nodales regionales y lo hacen mediante vasos valvulares que acompañan a los vasos principales de la región.

INERVACIÓN

Proporcionada por los nervios periarteriales, las articulaciones poseen innervación propia: somática o autónoma. Profusamente distribuidos, estos nervios se reparten en la cápsula, en los ligamentos y en la sinovial, formando una amplia red; en su terminación presentan corpúsculos sensitivos. Esta rica distribución de nervios confiere a las articulaciones una extrema **sensibilidad**.

Sensibilidad al dolor: informa sobre los estados extremos: sensaciones de distensión, torsión, rotura ligamentosa. El dolor,

por sí mismo, genera reacciones vasomotoras por vía refleja que, a su vez, se exteriorizan por edema, por derrame intraarticular, por rarefacción ósea de vecindad, etcétera.

Sensibilidad propioceptiva (consciente e inconsciente): informa acerca de la posición de las articulaciones y, en consecuencia, acerca de la ubicación o los movimientos entre los diferentes segmentos óseos. Su origen se encuentra en el **sentido de la actitud** que, adquirido en la edad temprana, termina en el automatismo de los movimientos más usuales (marcha, estación bípeda, prensión, etc.).

Esta sensibilidad propioceptiva articular, junto con la sensibilidad muscular, permite el aprendizaje de los movimientos más complejos (escritura, deporte, etc.). Ciertas enfermedades nerviosas pueden ocasionar la pérdida de esta sensibilidad, que se manifiesta por una amplitud excesiva, insuficiente o incoordinada de los movimientos, con imposibilidad de control (ataxia); algunas de estas dificultades pueden ser controladas, en cierto modo, por la vista o el tacto, dependiendo de la enfermedad.

ANATOMÍA FUNCIONAL

Movimientos de las articulaciones

Se refieren al estudio de los desplazamientos de las superficies articulares entre sí. Se designan:

- **Flexión:** indica el doblez o la disminución del ángulo formado entre huesos o partes del cuerpo.
- **Extensión:** indica el enderezamiento o aumento del ángulo formado entre huesos o partes del cuerpo.
- **Abducción:** se aleja del plano sagital mediano, separación.
- **Aducción:** se dirige hacia el plano sagital mediano, aproximación.
- **Rotación:** movimiento de un segmento alrededor de su eje longitudinal. La rotación puede ser medial o lateral.
- **Pronación:** movimiento del antebrazo y de la mano que rota al radio medialmente, alrededor de su eje longitudinal, de manera que la palma quede hacia atrás.
- **Supinación:** movimiento del antebrazo y de la mano que rota al radio lateralmente, alrededor de su eje longitudinal, de manera que la palma quede hacia adelante.
- **Circunducción:** este movimiento resulta de la sucesión de los movimientos precedentes. Puede efectuarse hacia adelante o hacia atrás.
- **Oposición:** es el movimiento por el cual se aproximan el pulpejo del pulgar al pulpejo de cualquier otro dedo de la mano.
- **Elevación:** es el movimiento que mueve un segmento hacia arriba.
- **Descenso:** es el movimiento que mueve un segmento hacia abajo.
- **Eversión:** es el movimiento que aleja a la planta del pie del plano mediano del cuerpo, ubicándola lateralmente.
- **Inversión:** es el movimiento que aproxima la planta del pie al plano mediano del cuerpo, ubicándola medialmente.
- **Antepulsión:** es el movimiento de desplazamiento de un segmento hacia adelante. También se lo denomina **protracción** en el caso del hombro.
- **Retropulsión:** es el movimiento de desplazamiento de un segmento hacia atrás. También se lo denomina **retracción** en el caso del hombro.
- **Nutación:** consiste en el movimiento de balanceo (o de

báscula) del hueso sacro alrededor de un eje transversal que atraviesa las tuberosidades sacras, donde el promontorio de la base de este hueso se dirige hacia abajo y su vértice hacia arriba y atrás. El resultado de esta acción produce el movimiento hacia adelante del pubis (antepulsión del pubis) y el aumento del diámetro anteroposterior (conjugado recto) de la abertura inferior de la pelvis.

- **Contranutación:** es el movimiento de balanceo del sacro, en el cual la base de este hueso se dirige hacia arriba y su vértice hacia abajo y adelante. Esta acción produce el movimiento hacia atrás del pubis (retropulsión del pubis).
- **Elevación:** es el movimiento que desplaza un segmento del cuerpo hacia arriba.
- **Descenso:** es el movimiento que desplaza un segmento hacia abajo. También se lo denomina **depresión**.
- **Protrusión:** es el movimiento hacia adelante, realizado por la mandíbula.
- **Retrusión:** es el movimiento hacia atrás, realizado por la mandíbula.
- **Diducción:** son los movimientos de lado a lado de la mandíbula (excursión lateral de la mandíbula).

Existen movimientos simples y complejos. Los simples se refieren a la flexoextensión y a la abducción-aducción, y a la rotación lateral o a la rotación medial. Los complejos surgen de la combinación de varios movimientos simples de base.

Flexibilidad articular

La posibilidad de una articulación de cumplir con los movimientos para los que está estructuralmente conformada denota su flexibilidad. Esto exige la integridad anatómica de la totalidad de sus componentes. Las alteraciones de los elementos vecinos repercuten, disminuyendo la función articular a causa de las molestias mecánicas y del dolor que provocan. Así, el **músculo**, por ser un **ligamento activo**, debe tenerse presente; una disminución de su elasticidad transforma al músculo en un freno que limita los movimientos. Esto se observa cuando un grupo muscular se encuentra hipertrofiado por ejercicios dirigidos a un único sector, o cuando se mantiene inmovilizado por largo tiempo (fijación por yeso en fracturas óseas). El movimiento necesita, además, la **descontracción** muscular, que facilita el juego funcional y repercute en la articulación (importancia de la educación física coordinada).

En el niño, la cápsula articular es más elástica y los ligamentos son más extensibles. Existen diferencias individuales y de sexo en la elasticidad articular. Una **gimnasia** técnicamente dirigida ayuda y permite a las articulaciones mantener su elasticidad y su flexibilidad por largo tiempo; el ejercicio debe ser orientado a no descuidar ningún grupo musculoesquelético. La base de la recuperación muscular, luego de un largo período de inmovilización, está constituida por el masaje y por los agentes físicos dirigidos a los grupos musculares, que contribuyen a la reeducación articular. El sedentarismo y la falta de ejercicios musculares perjudican las articulaciones; el juego armónico de ellas se mantiene mediante la gimnasia que actúa sobre grupos musculares diversos.

Biomecánica articular

Su estudio, relativamente reciente, procede de representaciones y de cálculos inspirados en la mecánica industrial.



20 Generalidades concernientes al esqueleto, las articulaciones y los músculos

Se puede distinguir, para cada articulación:

- Una **biomecánica estática** que describe las **fuerzas** que actúan sobre ella, su composición, su "momento", el o los "momentos" que constituyen, calculados según fórmulas geométricas precisas.
- Una **biomecánica cinemática** que analiza cada uno de los movimientos que pueden desarrollarse en una articulación, "sin tener en cuenta las causas que lo engendran ni las fuerzas que son aplicadas a los móviles" (Fisher).

Tendremos presente estas nociones puesto que pueden prestar grandes servicios en el tratamiento de las fracturas articulares, así como en la colocación de "prótesis" artificiales para reemplazar una articulación destruida por el traumatismo o por una enfermedad.

EXPLORACIÓN EN EL SER VIVO

El **examen clínico**, por la simple inspección, por la palpación, por el estudio de los movimientos de una articulación, proporciona datos sobre su estado. Los datos recogidos son del dominio de la semiología.

La **radiología** informa sobre el estado de las superficies articulares y del tejido óseo vecino, así como sobre la integridad o las deformaciones en la interlínea articular.

Las **imágenes por resonancia magnética** permiten el estudio de las partes blandas y el líquido sinovial.

La **artrografía** objetiva la cavidad articular mediante la introducción en ella de un producto de contraste (artrografía gaseosa u opaca).

La **artroscopia** permite examinar la cavidad articular por medio de un artroscopio, que informa sobre el estado de los meniscos, los ligamentos, la cavidad sinovial y la cápsula. Puede practicarse en ella determinado tipo de cirugía intraarticular, así como la extracción de material para diagnóstico y/o tratamientos.