

CASOS CLÍNICOS

DOLOR 2006;21:117-9

A propósito de tres casos de ex futbolistas profesionales con artrosis de rodilla tratados con ácido hialurónico estabilizado

J. VÁZQUEZ GALLEGO Y R. SOLANA GALDÁMEZ

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 56 años, varón, de profesión administrativo, que anteriormente fue jugador de fútbol profesional.

Como antecedentes personales destacan: esguince de LLE de rodilla derecha, meniscectomía medial derecha y fractura platillo tibial medial derecho.

Consulta en diciembre de 2005 por presentar dolor de tipo mecánico en la rodilla derecha, de varios meses de duración, que no cede con tratamiento médico analgésico, y que en ocasiones la percibe hinchada. El dolor le produce algunas limitaciones en la marcha, y es más intenso al bajar escaleras y cuestas, y en ocasiones lo relaciona con cambios climáticos, fundamentalmente con nieblas. Limitación para ponerse en cuclillas.

Se le pide que valore la intensidad de su dolor mediante la escala analógica visual (EVA), marcando el 6.

En la exploración clínica se observa rodilla globulosa, con rótula flotante, indicativa de la presencia de hidrartros; dolor en la palpación/presión de la interlínea interna; limitación de la flexión de la rodilla;

rodilla estable con pruebas meniscales y ligamentosas negativas.

En el estudio radiográfico se observan osteófitos y pinzamiento del espacio articular interno.

Se diagnostica como artrosis grado II.

Se comienza el tratamiento mediante la evacuación del hidrartros (se extraen 25 ml de líquido sinovial, claro, transparente, que tras el análisis es informado como inflamatorio, sin cristales ni gérmenes). En el mismo acto se le inyecta intraarticular 1 ml de un corticoide *depot* y ácido hialurónico estabilizado (Durolane®). Se pauta tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo oral durante 1 semana.

Revisado clínicamente 1 semana después, el paciente refiere mejoría por disminución del dolor. No se ha reproducido el hidrartros y ha mejorado la flexión. Se le pauta tratamiento con un modificador del curso de la artrosis (SYSADOA) durante 6 meses.

A los 6 meses (junio 2006) se le realiza un control en el que el paciente marca un 2 en la EVA, refiere marcha con pocas limitaciones, y algunas limitaciones en la bajada de escaleras y cuestas y al ponerse en cuclillas. No volvió a presentar episodio de hidrartros. En la exploración la movilidad se encuentra conservada y la palpación/presión de la interlínea interna es dolorosa.

Se le cita para dentro de 6 meses para realizar la 3.ª infiltración de ácido hialurónico estabilizado (Durolane®).

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 66 años, varón, jubilado, que anteriormente fue jugador de fútbol profesional.

En los antecedentes personales destacan: lesión de menisco interno de la rodilla izquierda que requirió meniscectomía hace alrededor de 30 años. Numerosas consultas por gonalgias y episodios de hidrartros que fueron tratadas con antiinflamatorios.

Consulta en junio de 2005 por presentar dolor e hinchazón en rodilla izquierda, de varios años de evolución, que se ha incrementado en las últimas semanas. Se incrementa con los requerimientos mecánicos, especialmente al iniciar la marcha, al bajar escaleras y cuestras, y al intentar ponerse en cuclillas, lo que le ocasiona limitaciones de cierta importancia.

Valora su grado de dolor con 7 en la EVA.

En la exploración se observa *genu varo* bilateral, más acusado en la rodilla izquierda. Atrofia moderada de cuádriceps izquierdo. Rodilla globulosa. Gonalgia izquierda a la palpación interlínea interna y limitación parcial de la flexión. La rodilla derecha se encuentra asintomática.

Radiográficamente se observan múltiples osteófitos moderados, con claro pinzamiento del espacio articular interno, esclerosis subcondral moderada. Las alteraciones radiográficas se observan en las dos rodillas, pero son más acusadas en la izquierda.

Se diagnosticó como gonartrosis grado III.

Mediante artrocentesis se le extrajeron 45 ml de líquido sinovial de la rodilla izquierda, claramente inflamatorio, que no se analizó por haberlo hecho en otras ocasiones. En el mismo acto se le infiltró

con ácido hialurónico estabilizado (Durolane®). Se le colocó un vendaje compresivo, blando. Se le prescribieron antiinflamatorios no esteroideos por vía oral (diclofenaco 50 mg/8 h).

Se le citó para revisión 1 semana después. Tras la retirada del vendaje el paciente refirió mejoría del dolor, y se observó la existencia de pequeño hidrartros que no se retiró por considerar que la cantidad era pequeña.

En esta consulta se le retira el antiinflamatorio y se le prescribe paracetamol, a dosis de 1 g/6-8 h, a demanda, cuando tenga dolor. También SYSADOA durante 6 meses sin descanso.

Se le cita para 6 meses después salvo que tenga nuevo episodio agudo.

Acude pasados los 6 meses (noviembre 2005), refiriendo que ha tenido que tomar paracetamol en bastantes ocasiones, pero que no ha vuelto a tener un episodio de dolor agudo ni de hidrartros, que tiene menos limitaciones para caminar, aunque sí las sigue teniendo para bajar cuestras y para ponerse en cuclillas. En la escala EVA valora su dolor con un 4.

Se le infiltra intraarticularmente con ácido hialurónico estabilizado (Durolane®) y se le indica que continúe con SYSADOA diario y paracetamol a demanda. Se le cita para 6 meses después.

Acude a revisión en junio de 2006, refiriendo encontrarse mejor. No ha tenido episodio de hidrartros aunque sí dolor en momentos puntuales relacionado con un incremento de las demandas mecánicas de la rodilla, y continúa con dificultad para ponerse en cuclillas. Valora su dolor con 1,5 en la EVA. Se le administra la 3.ª infiltración intraarticular de ácido hialurónico estabilizado (Durolane®).

Se le cita para dentro de 6 meses.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de 42 años de edad, varón, que ha sido jugador de fútbol profesional hasta hace 4 años.

Antecedentes: sinovitis traumáticas en ambas rodillas, esguince de ligamento lateral interno, osteotomía de valguización en tibia izquierda (hace 2 años).

Consulta en mayo de 2005 por presentar dolor desde hace varios meses que no cede con analgésicos ni con rehabilitación, de tipo mecánico, continuo, en rodilla izquierda, más acusado al bajar escaleras y al jugar a fútbol-playa. Puntúa su dolor con 5 en la EVA.

En la exploración se observa *genu varo* bilateral, más intenso en la izquierda a pesar de la osteotomía valguizante previa. Dolor a la palpación en la interlínea articular interna de la rodilla izquierda y a la flexión forzada. No se aprecian signos de hidrartrosis ni de lesiones ligamentosas ni meniscales.

En el estudio radiográfico se observa: pinzamiento interlínea articular interna y osteófitos, y material de osteosíntesis (de la osteotomía).

Se diagnostica como gonartrosis grado II.

Se le infiltra ácido hialurónico estabilizado (Durolane®), intraarticular, en rodilla izquierda. Se le prescribe antiinflamatorio (dexketoprofeno) para los días en que juegue a fútbol-playa, y SYSADOA diario, así como la colocación de frío después de los partidos. Se le cita a los 6 meses.

Acude a revisión en noviembre de 2005, refiriendo mejoría respecto a la anterior consulta, tanto a la marcha como para bajar escaleras, actos que hace sin limitaciones. Sólo refiere dolor al bajar escaleras, durante y después de la práctica de fútbol-playa (actividad que desea continuar realizando), y que cede con dexketoprofeno. Puntúa su dolor con 3 en la EVA. Se le administra la 2.ª infiltración con ácido hialurónico estabilizado (Durolane®). Se le cita para 6 meses después y se le prescribe antiinflamatorio

(dexketoprofeno) para después de los partidos, en caso de que lo necesite.

En el último control realizado en mayo de 2006 el paciente refiere que ha mejorado mucho su capacidad funcional, que no tiene limitaciones para la marcha ni para bajar escaleras o cuestas, aunque sí tiene molestias después de los partidos de fútbol-playa. Valora su dolor en la EVA con 1.

Se le administra la 3.ª infiltración de ácido hialurónico estabilizado (Durolane®). Continúa con la toma diaria de SYSADOA .

Se le cita para 6 meses después.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que obtenemos son provisionales, ya que nuestra intención es continuar con esta pauta hasta transcurridos 3 años y un total de seis infiltraciones de ácido hialurónico estabilizado (Durolane®), pero sí hemos observado:

- Mejoría de la capacidad funcional para la marcha y el descenso de escaleras y cuestas. La posición de cuclillas y de rodillas dejó de ser dolorosa excepto para uno.
- Disminución del dolor, después de la segunda inyección.
- Disminución en la toma de antiinflamatorios.
- En ningún caso se observaron efectos adversos.
- Satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco F. Manual SER de la artrosis. 2002.
- Gerster JC, Van Luthoudt D. Histoire naturelle de la gonarthrose. Rev Rhum 2000;67 Suppl 3:157-61.
- Quintero M, Mitrovic D. Artrosis. Aspectos básicos, fisiopatología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Impresión norma color. Caracas 2005.
- Ravaud P, Dougados M. Définition et épidémiologie de la gonarthrose. Rev Rhum 2000;67 Suppl 3:130-7.