

EVIDENCIA vs EXPERIENCIA

DOLOR 2007;22:35-40

Artrosis

A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA

La artrosis, con independencia de su localización, se caracteriza por dos síntomas comunes: el dolor y la rigidez. El dolor, en las primeras fases de la enfermedad, aparece al mover las articulaciones y suele mejorar con el reposo, por lo que se denomina «mecánico». En las fases más avanzadas puede ser continuo y rebelde al tratamiento. La rigidez, o sensación de entumecimiento localizado, aparece al iniciarse el movimiento articular, sobre todo después de un reposo prolongado, mejorando con el ejercicio. De forma paulatina, estos síntomas pueden seguirse de pérdida gradual de la movilidad articular, atrofia muscular y alteraciones de los ejes anatómicos articulares, con la consiguiente aparición de deformidades y discapacidad progresiva. Estas manifestaciones presentan ciertas peculiaridades en función de la articulación afectada. La artrosis tiene una clara predilección por las articulaciones de las manos y las llamadas de carga: la rodilla, la cadera y la primera metatarsofalángica

TEORÍA SINOVIAL

Esta teoría defiende que la lesión del cartílago articular y del hueso subyacente es consecuencia de la activación de procesos inflamatorios desde las células

del líquido sinovial y de la sinovial inflamada. Se han descrito diversos grados de sinovitis en estadios tempranos de la enfermedad

Hasta hace poco se consideraba que la afectación de la sinovial en la artrosis era mínima y secundaria; ahora se sabe que la membrana sinovial desarrolla una respuesta inflamatoria que contribuye a la patogenia y expresión clínica de la enfermedad. El condrocito del cartílago hialino desempeña un papel importante en el desarrollo de estos fenómenos inflamatorios (Fig. 1). En la artrosis grave la sinovial muestra proliferación de células sinoviales y acumulación de células inflamatorias, incluyendo linfocitos B y T activados.

La exploración física incluye la valoración de los arcos de movimiento, descartándose de forma específica los casos de hiperlaxitud articular que pueden conducir a la aparición de la enfermedad en edades más tempranas de lo esperado. Asimismo, conviene descartar la presencia clínica de sinovitis y diferenciar el aspecto de «inflamadas» que muchas veces presentan las pequeñas articulaciones de la mano, por la aparición de nódulos de Heberden o de Bouchard (Figs. 2 y 3).

No existen datos de laboratorio específicos, ni ningún marcador biológico de la enfermedad, aunque se está investigando sobre la posibilidad de determinar diferentes productos de la degradación del cartílago que sirvieran como heraldos del inicio del proceso.

Consultor de Medicina Interna
Jefe Clínico de Reumatología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Profesor Asociado de Reumatología
Departamento de Medicina
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona
Profesor de Reumatología
Departamento de Fisioterapia
Universidad Ramón Llull
Barcelona

Dirección para correspondencia:

Arturo Rodríguez de la Serna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Servicio de Medicina Interna
Mas Casanovas, 90
08025 Barcelona
E-mail: arodriguez@santpau.es

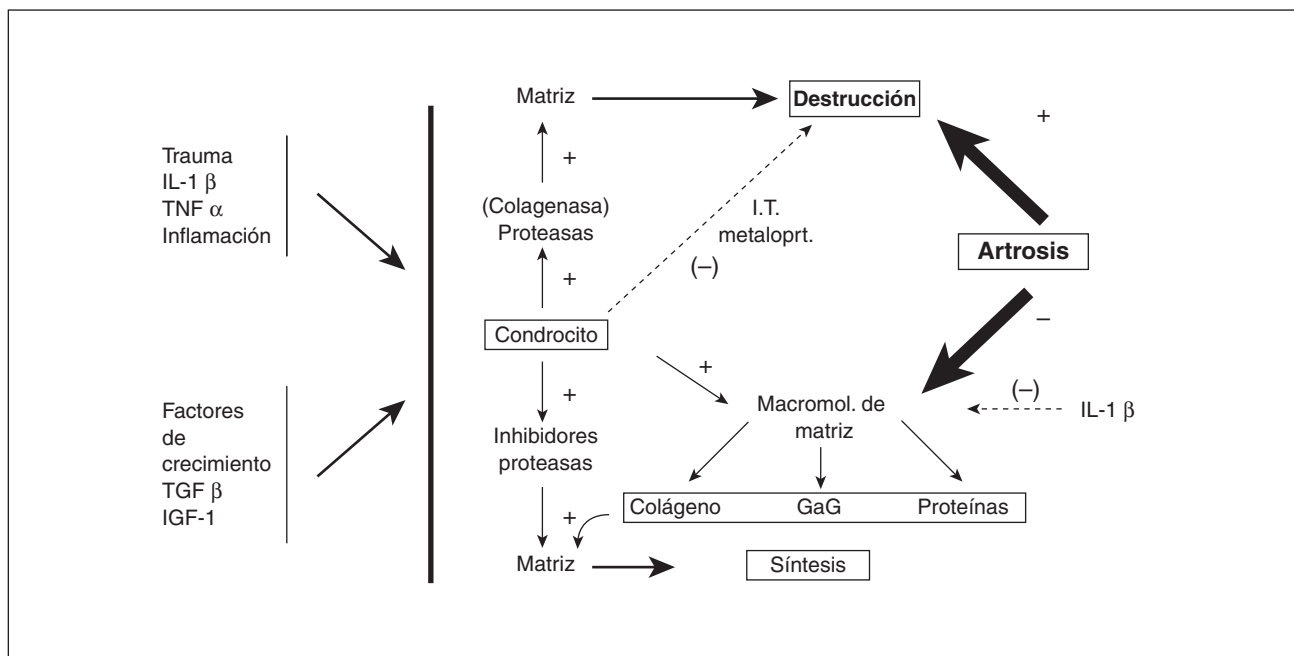


Figura 1. Papel central del condrocito en el desarrollo de la inflamación sinovial en la artrosis.

Debemos, sin embargo, destacar dos datos con respecto a los estudios de laboratorio: a) la presencia de pequeñas elevaciones de la PCR en los brotes de actividad inflamatoria, y b) la alteración concomitante, por la edad y las características físicas de los pacientes (a menudo obesos) de los marcadores metabólicos (colesterol, triglicéridos, ácido úrico y glucemia), conformando un síndrome metabólico, que es necesario derivar para su tratamiento específico, ya que de una forma indirecta contamina y empeora el pronóstico de la enfermedad artrósica.

DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

Los cambios estructurales que se presentan en una articulación afectada por la enfermedad artrósica son, en principio, comunes a todas las articulaciones, y pueden ser fácilmente observados por una radiografía simple, consistiendo en: pinzamiento articular; esclerosis del hueso subcondral; presencia de quistes óseos; aparición por neoformación de osteofitos y, finalmente, inflamación de la membrana sinovial (Fig. 4).



Figura 2. Artrosis de la mano con la presencia de nódulos de Heberden y de Bouchard.



Figura 3. Acercamiento de una artrosis avanzada de las articulaciones interfalángicas distales, donde se observan los nódulos de Heberden y la desviación articular.

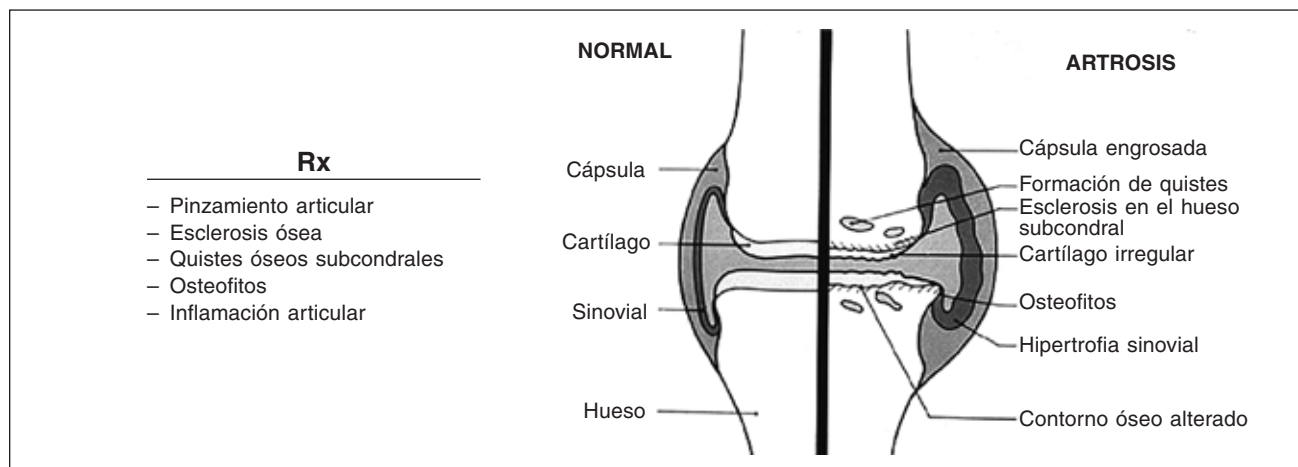


Figura 4. Cambios articulares en la artrosis establecida, comparado con los cambios que se observan en las radiografías.

TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento es conservar la integridad del cartílago hialino.

Probablemente, el final feliz esté en la consecución de una inversión entre el proceso catabólico y anabólico, a favor del segundo, consiguiéndose una neoformación cartilaginosa y un proceso de reparación del daño ocasionado.

Existen multitud de guías y recomendaciones, casi siempre dirigidas a alguna articulación determinada, aunque globalmente no difieren unas de otras.

La presencia de un factor predisponente, como la obesidad, requiere un tratamiento preventivo temprano.

Tratamiento médico

Como recomendaciones terapéuticas generales se especifica:

- El tratamiento de la artrosis debe ser adaptado a cada paciente individual.
- El tratamiento óptimo combina tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- El paracetamol, si es eficaz, es el analgésico oral de preferencia en tratamientos a largo plazo.
- Los AINE (orales o tópicos) se usan en pacientes que no responden a paracetamol.

Lo importante en la artrosis es iniciar un tratamiento de fondo temprano, cuyo objetivo es retrasar la progresión de la enfermedad.

Los fármacos con estas características han sido clasificados en dos grandes grupos:

- SYSADOA: mejoran el dolor y la función después de 1-2 meses de tratamiento, pero persisten sus beneficios después de suspender el mismo.

Dentro de este grupo se incluyen: a) glucosamina; b) condroitín sulfato; c) ácido hialurónico, y d) diacereína.

- Condroprotectores: previenen, retrasan, o recuperan las lesiones estructurales del cartílago. Todos los anteriores han sido incluidos, aunque no de manera absoluta, también en esta categoría.

Recientemente, en el Congreso de la OARSI de 2006, realizado en Praga, un grupo español de La Coruña presentó los resultados de un estudio de prescripción para el tratamiento de la artrosis.

El objetivo era determinar cómo trataban la artrosis los médicos de atención primaria en un núcleo urbano.

Se recogieron, mediante una encuesta dirigida, los datos de 350 pacientes tratados durante el año 2004.

Se valoraron tres grupos de tratamiento: AINE, paracetamol y SYSADOA.

El 29% utilizaba fármacos de los tres grupos; 22,5% usaba AINE y/o paracetamol; 15% AINE junto con SYSADOA; 14% sólo AINE; 7,5% SYSADOA con paracetamol; 7,5% sólo paracetamol, y 4,5% sólo SYSADOA. (Acasuso-Díaz M, Vidal-Lorenzo J, Galdo F. Pharmacological treatment of knee osteoarthritis in primary care. Osteoarthritis and Cartilage;14 Suppl B:171.)

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años.

Antecedentes familiares de artrosis de las manos en su madre y familia materna, con nódulos de Heberden y de Bouchard.

No antecedentes personales de interés ni otras enfermedades concomitantes asociadas.

Estado actual de perimenopausia.

La enfermedad actual se inicia hace 4 meses con dolor en articulaciones interfalángicas proximales y distales, con rigidez matutina de 10 min, y sensación de hinchazón de las manos. El dolor es variable a lo largo del día y predomina con las actividades de la vida diaria y las labores del hogar, afectando también a las articulaciones trapeziometacarpianas.

El dolor mejora temporalmente con la ingesta de AINE.

La exploración física demuestra algunos nódulos de Heberden y crepitación en la articulación trapeziometacarpiana derecha.

Los estudios de laboratorio son normales, con PCR negativa y factor reumatoide y ANA también negativos.

Las Rx muestran cambios de pinzamiento articular en algunas articulaciones interfalángicas distales, aumento de partes blandas en tres articulaciones interfalángicas proximales y disminución del espacio articular asimétrica en la articulación trapeziometacarpiana derecha.

El diagnóstico es de artrosis primaria de las manos, con componente inflamatorio clínico y grado radiológico II.

Se recomienda tratamiento con diacereína, en dosis inicial de 50 mg 1/d durante 3 semanas, para valorar la tolerabilidad, aumentando posteriormente a 50 mg/12 h.

A los 2 meses de tratamiento la paciente había experimentado una mejoría subjetiva en el dolor, y sobre todo disminución en la sensación de hinchazón.

Se cumplen en la actualidad 3 años de tratamiento. Se realizan controles analíticos cada 6 meses, y radiológicos anuales.

No han aparecido cambios patológicos en los resultados de laboratorio.

Las Rx muestran actualmente la desaparición del aumento de partes blandas y se mantienen las lesiones estructurales iniciales estables, con grado radiológico II.

Ha aparecido afectación clínica nueva en una articulación interfalángica distal desde el inicio del tratamiento, y presenta dolor de características moderadas (EVA 40) en la articulación trapeziometacarpiana izquierda, inicialmente asintomática.

La adhesión al tratamiento y el cumplimiento son buenos, y no se han recogido efectos indeseables.

COMENTARIOS

El monitor del tratamiento de la artrosis (MOTOAR) es un documento de recopilación de datos representativos acerca del tratamiento de los pacientes con artrosis en Europa. A través de él se puede entender el tratamiento actual de los pacientes con artrosis y conocer los patrones de prescripción; su objetivo es exponer los factores determinantes del cumplimiento de los pacientes con los tratamientos que se les receta para su artrosis, y analizar la posible relación entre este cumplimiento con los diferentes tratamientos.

Muchos profesionales sanitarios consideran que los pacientes son, por diferentes razones, el principal obstáculo en sí mismos para lograr el éxito del tratamiento, y que la falta de cumplimiento por parte de los mismos es el motivo de la mayoría de los fracasos terapéuticos. En el MOTOAR se examinan:

- La influencia de variables como el país de residencia y la gravedad de la enfermedad sobre el cumplimiento del tratamiento.
- La relación entre el cumplimiento y el tipo de tratamiento.

Se han seleccionado un total de 398 médicos, de los cuales 226 eran médicos de cabecera y 172 especialistas, para participar en el estudio, pertenecientes a cinco países: Reino Unido, Francia, Alemania, Italia y España.

Los pacientes seleccionados fueron un total de 2.776, siendo los participantes españoles 554.

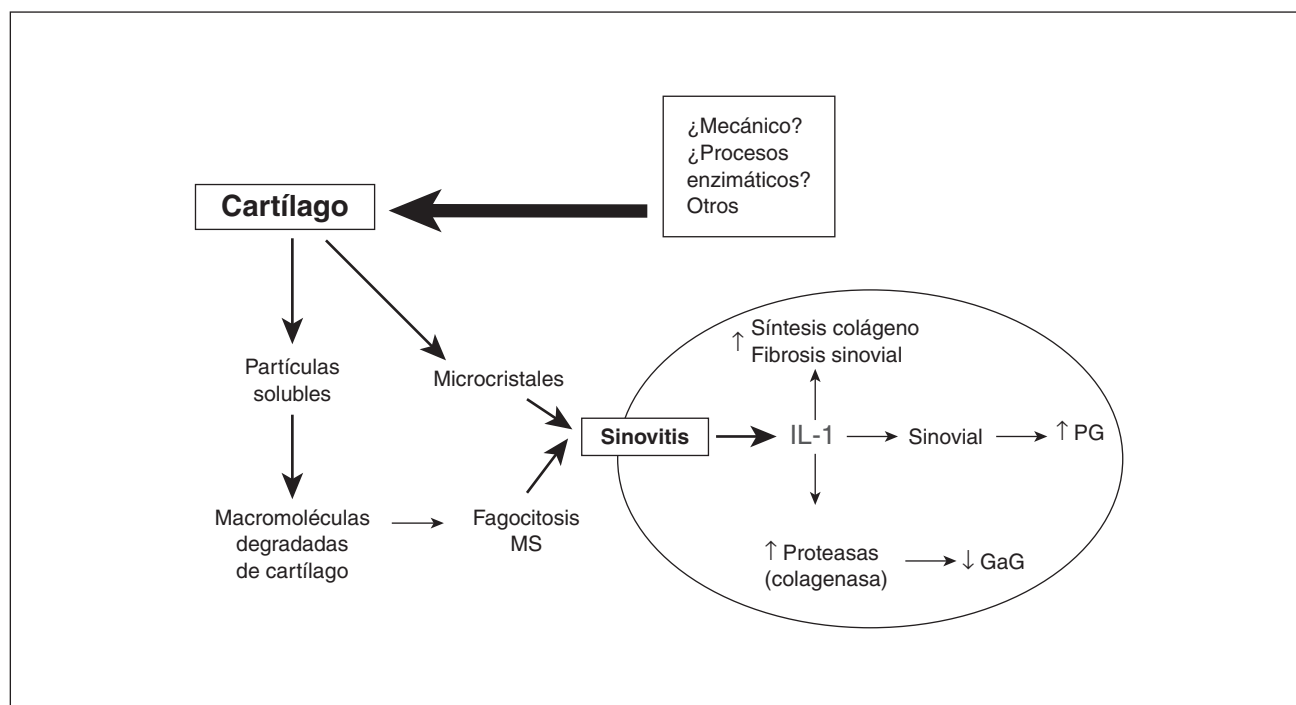


Figura 5. Papel fundamental de la interleuquina 1 (IL-1) en la presentación de la sinovitis en la artrosis.

Cada médico de cabecera completó un formulario diario de los primeros 10 pacientes con artrosis que visitaba, y cada especialista de los primeros cinco.

- *Cumplimiento terapéutico según el país:* el cumplimiento del tratamiento recetado se clasificó en cinco niveles, donde 1 se consideraba un mal cumplimiento, 3 un cumplimiento moderado, y 4 y 5 un cumplimiento excelente. Globalmente, el cumplimiento fue bueno, con un 77% con valores de 4 y 5, y sólo un 2% con 1. Se observaron, sin embargo, diferencias entre los cinco países europeos que participaron. Así, los médicos españoles y británicos clasificaron el cumplimiento de sus pacientes de excelente en el 90%, sin embargo en Italia y Alemania el cumplimiento sólo fue excelente en el 26%.
- *Cumplimiento terapéutico según el tipo de tratamiento:* aunque conforme a lo anterior el cumplimiento global para cualquier tipo de tratamiento farmacológico fue excelente en un 70%, los medicamentos más ampliamente utilizados, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), presentaron un nivel de cumplimiento peor. Cuando se analizaron por separado los AINE clásicos comparados con los nuevos coxib (inhibidores selectivos de la COX-2), estos últimos presentaron un nivel de cumplimiento mejor, con un 82% de excelente y un 4% de mal cumplimiento.

- *Cumplimiento terapéutico en relación con los SYSADOA:* en el tratamiento de la artrosis, además de los analgésicos y AINE, se emplean fármacos modificadores de la enfermedad.

Existen en el momento actual diferentes fármacos que cumplen las características para ser incluidos en dicho grupo, siendo uno de ellos la diacereína.

Cuando se comparó el cumplimiento de los diferentes tratamientos de la artrosis entre sí, se observó que los SYSADOA eran los que presentaban un nivel más alto de cumplimiento, incluso por encima de los coxib, lo que viene a corroborar la percepción que los pacientes tienen de los mismos como fármacos capaces de alterar el curso de la enfermedad y no sólo como tratamientos sintomáticos y contra el dolor.

- En contra de la percepción que en ocasiones se tiene, el cumplimiento global del tratamiento de la artrosis por parte de los pacientes es globalmente bueno, aunque existen diferencias entre los diferentes países europeos, encontrándose España, junto al Reino Unido, con las tasas de mejor cumplimiento.
- No obstante lo anterior, existen diferencias en el cumplimiento farmacológico, según el tipo de medicamento recetado, siendo los AINE el grupo

más utilizado, y quizás también por ello el de peor cumplimiento.

- Los SYSADOA son los fármacos con mejor cumplimiento (IHR Doctor Report. Institute of Healthcare Research. London, 2001. Avouac B. Slow acting drugs for osteoarthritis: a step towards disease modification. *Osteoarthritis* 1993;1:1-9. Lequesne M. Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis [SYSADOA]. *Osteoarthritis* 1993;1:10-2.)

Los datos recogidos en el mismo coinciden con los obtenidos en nuestra paciente, uniendo experiencia y evidencia en la práctica clínica diaria.

Por otra parte, la diacereína es un SYSADOA que actúa fundamentalmente inhibiendo la interleuquina 1, que desempeña un papel importante en la presentación de la inflamación que ocurre en la artrosis (Fig. 5).

Estudios experimentales recientes sobre modelos bovinos de artrosis han demostrado que la diacereína

causa un aumento importante de la densidad mineral ósea en los cóndilos, y disminuye el espesor del hueso subcondral en la meseta tibial. (Brandt KD. Studies in animal models of osteoarthritis as predictors of a structure-modifying effect of diacerhein in humans with osteoarthritis. *Biorheology*. 2006;43(3-4): 589-94.)

El resultado de un metaanálisis sobre 19 estudios, que incluyen un número de 1.328 pacientes tratados con diacereína comparados con 1.309 pacientes, con placebo o AINE, muestra una eficacia estadísticamente significativa a favor de la diacereína en pacientes con artrosis de cadera y rodillas. (Rintelen B, Neumann K, Leeb BF. A meta-analysis of controlled clinical studies with diacerein in the treatment of osteoarthritis. *Arch Intern Med* 2006;166:1899-906.)

La experiencia clínica, como la mostrada en el caso clínico anterior, extiende este beneficio también para la artrosis de las articulaciones de las manos.