

Tratamiento local de la osteoartritis de cadera, rodilla y mano

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Rita Magola Sierra Merlano¹, José Ángel Salas Siado²

Antiinflamatorios no esteroideos tópicos

En dos estudios controlados se evalúa diclofenac en lecitina órgano gel al 2% y en forma de autoadhesivo diclofenac hidroxietilpirrolina, en pacientes con osteoartritis de rodilla. Se evaluaron 70 y 160 pacientes respectivamente encontrando en ambos estudios mejoría significativa en cuanto al control del dolor y discapacidad, utilizando el WOMAC y el índice de Lequesne respectivamente.^{1, 2} **Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A.**

Se concluye que el diclofenac tópico puede ser de utilidad en el tratamiento de la osteoartritis determinado por el WOMAC y el índice de lequesne. **Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A.**

Capsaicina

En un estudio controlado en 70 pacientes con osteoartritis de rodilla y 31 pacientes con artritis reumatoide se utilizó capsaicina crema al 0.025% contra placebo la duración del estudio fue de 4 semanas. Se evaluó la severidad del dolor según escala visual análoga, escala de dolor y valoración médica global a intervalos semanales. Los pacientes con osteoartritis mejoraron en todos los índices de evaluación: Escala visual del dolor ($p < 0.33$), escala del dolor ($p < 0.020$) y la valoración médica ($p < 0.023$). Los resultados muestran que redujo en forma efectiva el dolor.³ **Nivel de evidencia II, Grado de recomen-**

dación B. Las guías del Colegio Americano de Reumatología con base en el estudio anterior y en otro estudio realizado por Altman de características similares utilizando capsaicina en osteoartritis de rodilla recomienda su utilización.⁴ **Nivel de Evidencia IV, Grado de Recomendación C.**

Lavado articular

Se revisó el estudio de Arnols y Rothschild, controlado simple ciego multicéntrico que compara el lavado articular (LA) y conjuntamente manejo médico (ejercicio analgésicos, cuidado articular) versus tratamiento médico únicamente, en 77 pacientes repartidos en dos grupos con seguimiento a 12 semanas. Se evaluó dolor, rigidez y limitación funcional encontrándose mejoría significativa para el grupo de tratamiento combinado, a partir de la primera semana hasta finalizar el estudio. La evaluación global por parte del médico y el paciente dio igual resultado ($p < 0.02$ y $p < 0.01$). El lavado articular intermitente asociado al manejo médico es más efectivo que el manejo médico solo.⁵ **Nivel de evidencia II grado de recomendación B.** En otro estudio Ravaud compara la eficacia del LA respecto al tratamiento con glucocorticoide intra-articular en forma controlada y aleatorizada en un total de 98 pacientes, repartidos en 4 grupos (placebo, cortivazol, LA y placebo, LA y cortivazol) mediante análisis por intención de tratar. Se evaluó dolor, evaluación global e índice de lequesne, los resultados evidenciaron que a partir de la cuarta semana hasta la 24 semana que duró el estudio la respuesta

1. Médico Internista – Reumatólogo. Hospital Universitario de Cartagena.
2. Médico Internista – Reumatólogo. Universidad Libre-Barranquilla.

del tratamiento con el LA fue significativamente mejor respecto al placebo y glucocorticoide en cuanto a alivio del dolor ($p=0.02$) el efecto del LA en forma conjunta con la inyección de glucocorticoide tuvo efecto aditivo.⁶ **Nivel de evidencia II grado de recomendación B.**

Glucocorticoide intra-articular

El estudio de Gaffnei, controlado, aleatorizado, ciego, en 84 pacientes repartidos en dos grupos durante seis semanas evaluó el alivio del dolor y del derrame articular mediante tratamiento con Hexacetonido de Triamcinelona (HT) respecto al placebo. Hubo mejoría en el grupo tratado respecto al placebo de la primera a la sexta semana ($p<0.01$), encontrándose la mayor eficacia en el subgrupo que presentaba derrame articular.⁷ **Nivel de Evidencia II Grado de Recomendación B.**

Viscosuplementación

Con respecto a la viscosuplementación se define así porque se atribuye su efecto una mejoría de la viscosidad y de las propiedades elásticas del líquido sinovial alterado. Su principal sustancia es el ácido hialurónico que es un polisacárido, prototipo de los Glucosaminoglicanos, es producido por los condrocitos y los sinoviocitos. Su acción es inhibir la liberación de ácido araquidónico y por lo tanto de interleuquina 1 alfa. Con esto se protege el daño tisular por radicales libres. También estimula la síntesis de novo del ácido hialurónico.

Acido hialurónico y Aine

Altman y Cols. Compararon el Hialuronato Sódico (HS) respecto a placebo y naproxen en un estudio controlado, aleatorizado de 495 pacientes respecto al alivio del dolor, función utilizando el WOMAC y la prueba de caminar 50 pies. El efecto del HS fue superior al placebo y comparable al naproxen a las 26 semanas a nivel de función y mejoría del dolor. Los mayores efectos adversos se presentaron en el grupo naproxen respecto al HS 41% vs 29%) ($p<0.087$)⁸. **Nivel de evidencia II, Grado de Recomendación B.**

Acido hialurónico y glucocorticoide intra-articular

El estudio de Jonnes y cols, controlado, placebo, aleatorizado en 63 pacientes comparó Hialuronato

Sódico (HS) y Hexacetonido de Triamcinelona (HT) a seis meses evaluando dolor, en este estudio no se encontró diferencia en cuanto a respuesta terapéutica en ninguno de los tres grupos.⁹ **Nivel de evidencia II, Grado de recomendación B.**

En otro estudio Leardin compara Hialuronato Sódico (HS) y 6 Metil Pregnisolona Acetato (MPA), en 40 pacientes en forma controlada y aleatorizada durante 60 días. Se evaluó dolor, rigidez, necesidad de consumo de analgésicos y evaluación global. Respecto a al dolor hubo mejoría en el grupo HS a los 60 días respecto al grupo MPA ($p<0.01$), en ambos grupos el resultado en mejoría de la rigidez y disminución del consumo de analgésicos fue igual. La evaluación global por parte del paciente fue muy buena en el grupo HS (50%) vs MPA (35%).¹⁰ **Nivel de evidencia II Grado de recomendación B.**

Acido hialurónico y placebo

Se revisaron dos estudios con hialuronato sódico (HS), todos controlados y aleatorizados en los que se evalúa dolor derrame articular, movilidad y eficacia juzgada por el paciente y el médico, en el estudio de Corrado el resultado en 40 pacientes en seguimiento a 60 días fue favorable al grupo HS respecto al placebo en reducción del dolor y del derrame articular, eficacia juzgada por el médico y el paciente¹¹ **Nivel de evidencia II Grado de recomendación B.**

Este efecto benéfico se corrobora en el estudio de Formiguera-Sala, utilizando el mismo medicamento¹². Efecto superior de la viscosuplementación respecto a placebo. **Nivel de evidencia II Grado de recomendación B.**

Agradecimientos: Agradecemos muy especialmente a los doctores Mario Cardiel y Jhon Darío Londoño por la revisión del manuscrito y sus importantes aportes y a la doctora Mary Bermúdez por la asesoría epidemiológica en la realización de este documento.

Referencias

1. Grace D, Roque J, Skeith K. Topical diclofenac versus placebo: double blind, randomized clinical trial in patients with osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 1999; 26: 2659-2663.
2. Dreiser RL, Tisne -Camus M. DHEP plasters as a topical treatment of knee osteoarthritis a double-blind placebo-controlled study. *Drugs exptl clin. Res.* 1993, XIX (3): 121-127.

3. Deal Ch L, Schnitzer T J, Lipstein E. Et al. Treatment of Arthritis with topical capsaicin: a double blind trial. *Clinical therapeutics* 1991; 13 (3): 383-395.
4. Hochberg M. C., Altman R.D, Brandt K.D, et al Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1541-1546.
5. Arnolds W, Rothschild E. Tidal irrigation vs conservative medical management in patients with osteoarthritis of the knee: a prospective randomized study. *J Rheumatol* 1992; 19: 772-779.
6. Ravaud P, Moulinier L, Graudeau B. Effects of joint lavage an steroid injection in patients with osteoarthritis the knee. Results of a multicentre, randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 1999; 3: 475-482.
7. Gaffney K, Ledinham J, Perry J.D. Intraarticular triamciolonehexacetonide in the knee osteoarthritis: Factors influencing the clinical response. *Ann Rheum Dis.* 1995; 54: 379-381.
8. Altman R, Moskowitz R, and the Hyalgan study group. Intra-articular sodium hyaluronate (Hyalgan) in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. *J Rheumatol* 1998; 25: 2203-2212.
9. Jones Adrian C, Pattrick M, Doherty S, Doherty M. Intra-articular hyaluronic acid compared to intra-articular triamcinolone hexacetonide (TH) in inflammatory knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage* 1995; 3: 269-273.
10. Learding G, Mattara L, Franceschini M. Intra-articular treatment of knee osteoarthritis. A comparative study between hyaluronic acid and 6-methyl prednisolone acetate (6-MPA). *Clinical and experimental rheumatology* 1991; 9: 375-381.
11. Corrado E.M., Peluso G.F., Gigliotti S, et al The effects of intra-articular administration of hyaluronic acid on osteoarthritis of the knee: A clinical study with immunological and biochemical evaluations. *European Journal of the Rheumatology and inflammatiion* 1995; 15: 47-56.
12. Formiguera Sala S, Steve de Miguel R. Intra-articular hyaluronic acid in the treatment of osteoarthritis of the knee: A short term study. *European Journal of the Rheumatology and Inflammation* 1995; 15: 33-38.