

Osteoartritis



MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO EN OSTEOARTRITIS



INTRODUCCIÓN

La osteoartritis (Artrosis u Osteoartritis = OA) representa la patología articular más prevalente y la mayor causa de dolor musculoesquelético, provocando gran discapacidad en la población añosa de todo el mundo (*Arthritis Rheum. 1998;41(5):778-99*).

Es una enfermedad de origen fundamentalmente degenerativo, con grados variables de inflamación, que ha sido definida como un “grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares que están asociados a defectos de integridad del cartílago, además de los cambios correspondientes en el hueso subyacente (*Arthritis Rheum. 1986;29:1039-49, Ann Rheum Dis. 1989;48: 531-2*).

El dolor de la osteoartritis es típicamente crónico; es decir, que persiste en el tiempo, más allá de los 3-6 meses. En este caso, el síntoma se convierte en la verdadera enfermedad. Aparecen las “conductas de dolor”, que limitan y modulan completamente la actividad personal, profesional y social del individuo. A este tipo de dolor se asocia invariablemente un componente de sufrimiento psíquico importante, condicionado o condicionante, en mayor o menor medida, de la aparición de conductas de dolor. (<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap014dolorcronico.pdf>).

Los síntomas y signos articulares de la artrosis (dolor, rigidez, derrame articular, limitación de la movilidad) son progresivos y de evolución crónica. En el primer estadio de la enfermedad, el dolor está asociado al movimiento y al esfuerzo al que se someten las articulaciones. No obstante, la dolencia cesa mientras se está en reposo. Luego, cuando se agrava, el malestar puede aparecer durante la noche y afectar el descanso nocturno, pudiendo llegar a sentirse en forma constante y comprometer en gran medida las actividades diarias.

El dolor y las deformaciones articulares producen contracturas y luego atrofia muscular, que contribuyen a la inestabilidad e incongruencia articular, que terminan dañando aún más al cartílago, al hueso y conducen a cuadros clínicos severos, con mayor dolor y restricción de los movimientos.

La OA es multifactorial y entre sus diversas causas influyentes podemos nombrar alteraciones genéticas (por ejemplo, mutaciones en genes del colágeno, particularmente COL2A1), factores sistémicos (mayor edad, sexo femenino), metabólicos (hemocromatosis, ocronosis, artropatía por presencia de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado o de hidroxapatita), biomecánicos (sobrepeso u obesidad, traumatismos, desalineación, displasias, patología meniscal).

En nuestro país la OA de cadera afectaría sintomáticamente a unas 900 mil personas, mientras que padecerían dolor en rodillas o manos por causa de la enfermedad 1,5 y 0,6 millones. (<http://reumatologia.org.ar/userfiles/file/publicaciones/revistareumatologia/Guias%20OA%20SAR%202010.pdf>).

Tratamiento

Dentro de los objetivos de un tratamiento y manejo efectivo de la osteoartritis, y sin exclusión de otros, podemos enumerar:

Primario

- Prevenir y disminuir el dolor.

Secundario

- Prevenir y disminuir la incidencia de trastornos asociados (depresión, ansiedad, insomnio, fatiga).
- Prevenir, retrasar y/o disminuir la incidencia de discapacidad y deterioro funcional.
- Mejorar la utilización racional de medicamentos.
- Mejorar la eficiencia del gasto.

Guías de Práctica Clínica para el Manejo del Dolor Crónico en Artrosis

Para este capítulo se utilizaron como marco teórico las Guías argentinas de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis Edición 2010 de la Sociedad Argentina de Reumatología, complementado con evidencia actualizada.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) "Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica". (*JAMA 1999;281:1836-43.*). La calidad de las mismas depende de la implementación de las metodologías de la medicina basada en la evidencia (MBE).

Para medir la intensidad del dolor por OA se recomienda la utilización de la Escala Visual Analógica (EVA), la misma tiene un rango que va desde sin dolor = 0, a máximo dolor = 10 cm. La escala visual numérica es la preferida por los pacientes y la más confiable para utilizar en personas analfabetas (*Rev Argent Reumatol. 2004;15(Supl 1):27.*) Nivel de Evidencia IIb.



Tratamiento No Farmacológico

- Un programa de AUTOCUIDADO mejoraría significativamente el dolor y la función en estos pacientes. Nivel de Evidencia I, Grado de Recomendación A.

Se considera que:

- Priorizar la salud mental en estos pacientes resulta en una mayor adherencia a un programa de ejercicios (*Arthritis Rheum. 2003;48(12):3359-70., J Rheumatology 2005;32:543-9., Ann Intern Med 2005;143:427-438.*)
- Se necesita intensificar los programas de rehabilitación para mejorar el bienestar físico y psicológico en los pacientes (*Arch Intern Med. 2004;164:1641-1649., J. Rheumatology 2006;33:744-56., BMC Musculoskeletal Disorders 2008;9:117.*)
- Se recomienda reducción de peso (>10%) asociada a un programa de ejercicios para mejorar el dolor, la función y el rendimiento físico. (*Osteoarthritis and Cartilage 2005;13:20-27, Ann Rheum Dis. 2007;66:433-439, Ann Rheum Dis 2006;65:1403-05, Obesity 2006;14(7):1219-1230, Arthritis and Rheum. 2004;50(5):1501-1510.*) Nivel de Evidencia I y Grado de Recomendación A
- Son recomendables los ejercicios isométricos, isotónicos e isocinéticos, para mejorar el dolor, la fuerza y la función, en pacientes con OA de rodillas. Nivel de Evidencia V.

- El paciente debe realizar ACTIVIDAD FÍSICA EN EL AGUA en forma supervisada, indicándose ejercicios de fortalecimiento, aeróbico y de estiramiento usualmente durante 14 semanas (media), para mejorar el dolor, la función, la calidad de vida y la capacidad aeróbica, persistiendo tal beneficio hasta 6 meses (media) de finalizada la terapia. **Nivel de Evidencia I y Grado de Recomendación A.** La Hidroterapia podría ser una alternativa a los ejercicios terrestres, principalmente en pacientes con OA de CADERAS teniendo en cuenta la escasa evidencia y beneficio de estos últimos. **Nivel de Evidencia V, Grado de Recomendación C.**
- La terapia manual en pacientes con OA de CADERA supera a los Ejercicios Físicos respecto a dolor, función, capacidad aeróbica y rangos de movimientos, por lo que debería formar parte del programa de rehabilitación (*Ann Intern Med.* 2001;121:173-81., *Arthritis Rheum.* 2004;51:722-729.) **Nivel de Evidencia II y Recomendación Grado B.**
- OA de RODILLAS y TUMEFACCIÓN: ¿FRÍO o CALOR?: el beneficio es sustancial con la aplicación de HIELO local, 10 sesiones, 20' cada una. A pesar de su escasa evidencia, su uso es muy difundido, es segura y de bajo costo por lo que se la recomienda como terapia adjunta (*Cochrane Database Syst Rev* 2003;20 (4)). **Nivel de Evidencia II, Grado de Recomendación B.**
- BALNEOTERAPIA: emplea para su fin aguas minerales. Usualmente en OA de RODILLAS se indican sesiones diarias durante 2 semanas para mejorar el dolor, la función y la calidad de vida a corto plazo (3 meses). **Nivel de Evidencia II, Grado de Recomendación B.**
- TENS - Electroestimulación Nerviosa Transcutánea: existe Nivel de Evidencia I y Grado de Recomendación A en OA de RODILLAS para el empleo de TENS para disminuir el dolor. Usualmente se indican sesiones durante 3 semanas (media). El efecto puede persistir hasta 1 mes (media), de finalizado el tratamiento.
- ACUPUNTURA: en OA de rodillas: supera a placebo y a otros agentes físicos/AINEs, no así a un plan de Ejercicios Físicos. **Nivel Evidencia I, Grado de Recomendación A.**
- VENDAJE PATELAR: hay Nivel de Evidencia II y Recomendación Grado B que el VENDAJE PATELAR mejora la función y el dolor en OA PATELOFEMORAL pura o mixta. Debe utilizarse durante 3 semanas sólo si mejoran los síntomas que surgen al flexionar las rodillas. Luego de este tiempo, para mantener la mejoría debe emplearse el estabilizador rotuliano (vendaje con orificio rotuliano).
- BASTONES: al estar de pie, nuestro peso distribuye la carga equitativamente en cada pierna. Durante la marcha, todo el peso recae en cada pierna alternativamente. Si el paciente presenta OA de RODILLAS o CADERA, dicha carga representa un stress mayor sobre esa articulación patológica. El bastón actúa absorbiendo parte de nuestro peso y reduciendo así la carga articular. Con respecto a la altura del mismo, debe ser tal que la mano se encuentre a la altura del trocánter mayor y el codo flexionado a 30° siempre en la mano contralateral. Están indicados para mejorar la calidad de vida. **Nivel de Evidencia IV, Grado de Recomendación C.**
- TERAPIA OCUPACIONAL: ampliamente recomendada en guías y revisiones. Permite mejorar el desempeño del paciente en osteoartrosis de manos (*Ann Rheum Dis.* 2005;64:669-681., *Ann Rheum Dis.* 2007;66:377-388.). **Nivel de Evidencia V y Grado de Recomendación C.**
- CALOR LOCAL (baños de parafina): no hay estudios de buena calidad que evalúen su aplicación en OA de manos; sin embargo, su amplia difusión y beneficios permiten establecer su indicación con **Nivel de Evidencia IV y Grado de Recomendación C.** (*Ann Rheum Dis.* 2005;64:669-681., *Ann Rheum Dis.* 2007;66:377-388.).

Tratamiento Farmacológico

- PARACETAMOL: el 85% de los asistentes al consenso de la Sociedad Argentina de Reumatología 2010 consideró total a fuertemente recomendable el empleo de paracetamol como tratamiento inicial del dolor en los pacientes con OA de reciente comienzo (**fuerte recomendación A + B**). Si bien la literatura revisada aconseja utilizar paracetamol a dosis de hasta 4 g/día en pacientes con OA, según la experiencia de los asistentes al consenso, no se deben superar las dosis mayores a 2 g/día. (*Consenso SAR. Revista Argentina de Reumatología • Año 21 • N° 4*).
- OPIOIDES: el empleo de opioides o de analgésicos narcóticos debería reservarse para aquellos pacientes con OA que presenten dolor refractario, donde otros tratamientos farmacológicos no hayan sido efectivos o estén contraindicados. (**Fuerte recomendación A + B**) (*Consenso SAR 2010- Revista Argentina de Reumatología Año 21 • N° 4*).
- AINEs no selectivos: los AINEs son útiles para mejorar el dolor en pacientes con OA de manos, rodillas o caderas. Esto surge de ensayos clínicos en los cuales se estudiaron un total de 7515 pacientes. **Nivel de Evidencia I - Grado de Recomendación A para tratamiento del dolor a por períodos cortos** (*Consenso SAR 2010 - Revista Argentina de Reumatología Año 21 • N° 4*). A pesar de que tienen una eficacia bien establecida en esta población de pacientes, se asocian a un RIESGO INCREMENTADO de eventos adversos gastrointestinales y cardiovasculares (*Current medical research and opinion. Jul 2011;27(7):1315 1327, Drug Saf. 2012;35(12):1127 1146., Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2013;22(6):559 570.*) También pueden producir TOXICIDAD a nivel renal y hepático (*European journal of internal medicine. May 2015;26(4):285 291., Clinical Gastroenterology and Hepatology 2005;3:489 498.*) Esto es de particular relevancia en la población añosa, que es la que habitualmente se encuentra más afectada por la OA y suele tener otros factores de riesgo asociados.
- INHIBIDORES DE LA COX-2: no existen diferencias en la eficacia de los AINEs en el control de los síntomas cuando se los compara con inhibidores selectivos de la COX 2 en pacientes con OA de manos, rodillas y caderas. (Consenso SAR 2010 - Revista Argentina de Reumatología Año 21 • N° 4.). Presentarían un riesgo menor de eventos gastrointestinales en comparación con los AINEs no selectivos, pero existiendo un riesgo incrementado de eventos cardiovasculares serios en ambos casos (*Current medical research and opinion. Jul 2011;27(7):1315 1327*).
- COMBINACIÓN GLUCOSAMINA-MELOXICAM: no se encontró evidencia que sustente el uso de la combinación de sulfato de glucosamina y meloxicam para el tratamiento de la osteoartritis. Dicha combinación se encuentra aprobada por la agencia regulatoria argentina (ANMAT), pero no así por las principales agencias regulatorias mundiales (FDA de EE.UU, EMA de Europa). Las recomendaciones de las guías de práctica clínica respecto al uso de glucosamina como monoterapia son contradictorias, y ninguna menciona el uso combinado. Los financiadores relevados (Estados Unidos, Reino Unido, Australia) no la incorporan a su cobertura (*Informe IECS enero 2016*).
- AINEs TÓPICOS: son superiores al placebo sobre todo en las 2 primeras semanas de tratamiento, principalmente en lo que se refiere a disminución del dolor. (*Ann Rheum Dis. 2007;66:377-388, Brit Med Jour. 2004 (7461):325-32*). Su seguridad podría estar dada por una menor incidencia de efectos adversos, aunque es difícil cuantificar la dosis utilizada en cada aplicación y menos aún se puede evaluar la absorción (*Clin in Geriatric Medicine; may 2008 (24, issue 2)*).

- CORTICOIDES PARA USO INTRAARTICULAR: el beneficio es a corto plazo, sin alterar la historia natural de la enfermedad (*Rheum Dis Clin North Am. 2008;34(3):777-88, Osteoarthritis Cartilage 2008; 16(6):733-9*). Se recomiendan para el tratamiento del dolor en OA de rodillas que no responde al tratamiento usual y presenta dolor intenso (**Nivel de Evidencia I - Grado de Recomendación A**). No es recomendable realizar más de 3 o 4 inyecciones por año en una misma articulación (*Ann Rheum Dis. 2005;64(5):669-81*).
- ÁCIDO HIALURÓNICO: en la reunión del consenso de la SAR no hubo acuerdo en utilizar AH como terapéutica de primera elección de la OA de rodilla. (*Consenso SAR 2010- Revista Argentina de Reumatología Año 21 • N° 4*).

Eficacia y Seguridad de “Drogas Modificadoras de la Enfermedad” en Dolor por Artrosis

- DIACEREÍNA: existe evidencia de baja calidad de que la diacereína proporciona un pequeño beneficio sintomático en la mejoría del dolor que puede no ser clínicamente significativo. El Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia (**Pharmacovigilance Risk Assessment Committee - (PRAC)**) de la Agencia Europea de Medicamentos recomendó la suspensión de los medicamentos que contienen diacereína en toda Europa debido a que los riesgos sobrepasan los beneficios (*s. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD005117. DOI: 10.1002/14651858.CD005117.pub3.*).
- SULFATO DE GLUCOSAMINA COMBINADO CON CONDROITÍN SULFATO: evidencia de moderada calidad metodológica mostró que el sulfato de glucosamina combinado con condroitín sulfato no es superior a otros tratamientos convencionales para mejorar el dolor, la función física y el daño estructural producidos por la osteoartritis de rodilla. La evidencia para otras osteoartritis es aún menos convincente. La mayoría de las guías de práctica clínica no recomiendan su uso. Los financiadores relevados (Estados Unidos, Reino Unido, Australia) no la cubren. (*Informe IECS enero 2016*).
- INSAPONIFICABLES DE PALTA Y SOJA: la evidencia respecto a los insaponificables de palta y soja para el manejo de la osteoartritis no es suficiente para establecer que este tratamiento ofrezca beneficios en la mejoría del dolor, función física y daño radiológico en esta patología. Las guías de práctica clínica relevadas no emiten recomendaciones acerca de su uso. Los financiadores relevados en su mayoría no mencionan la tecnología o no la cubren. (*Informe IECS enero 2016*).