



Tratamiento del dolor en la osteoartritis

Autores: *María Esther Pérez Bastidas, reumatóloga certificada por el Consejo Mexicano de Reumatología y miembro del Colegio Mexicano de Reumatología. Rolando Espinosa Morales, médico internista, reumatólogo y jefe del Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación.*

La osteoartritis (OA) es la enfermedad articular más común en el mundo. Es el resultado de cambios mecánicos y eventos biológicos que desestabilizan el equilibrio entre degradación y síntesis normal del cartílago articular, la matriz extracelular y el hueso subcondral (Foto 1). Se dice que la OA es primaria cuando no hay asociación con alguna enfermedad subyacente, y es secundaria cuando se relaciona con otro padecimiento (Cuadro 1). Las articulaciones más afectadas en la OA primaria son: columna cervical y lumbar, interfalángicas proximales y distales de manos, caderas, rodillas, primer metatarsfalángica e interfalángicas de pies (Foto 2).

El síntoma predominante en la OA es el dolor, que puede localizarse en la articulación o ser referido, como en el caso de la OA de cadera, donde puede existir dolor en la rodilla. El dolor en la OA se asocia al movimiento articular y a la carga del propio peso y disminuye con el reposo. Al inicio suele ser intermitente y de intensidad leve a moderada; posteriormente (generalmente años) puede ser constante y de intensidad severa y discapacitante. Otros síntomas y signos se muestran en el Cuadro 2. Las radiografías son el método de imagen más accesible en la práctica clínica para el diagnóstico, estadificación de la severidad y evaluación de la progresión de la OA. Sin embargo, los pacientes con cambios radiográficos típicos de la OA no siempre tienen síntomas. En un estudio realizado en el Reino Unido se detectó una prevalencia de 17% de OA en rodilla entre mujeres de 45-65 años, de las cuales sólo 2.3% presentaba síntomas.

Hasta el momento no existen tratamientos que clínicamente hayan probado regenerar el cartílago, así que el principal objetivo de las terapias disponibles en la actualidad es mejorar los síntomas relacionados con la OA (de manera específica el dolor). El dolor en la OA generalmente es de tipo nociceptivo y como en todo dolor, el tratamiento debe estar ➔

Referencias

1. Moskowitz R. *Osteoarthritis. Diagnosis and medical/surgical management*. 3er edition. Philadelphia, Saunders 2001.
2. Hochberg MC, Silman AJ, Weinblatt ME. *Rheumatology*. Third edition. Mosby, Spain 2003, p.1781-1800.
3. Hart DJ, Leedham-Green M, Spector TD. Prevalence of knee osteoarthritis in the general population using different clinical criteria: the Chingford Study. *Br J Rheum* 1991;30:72.
4. Mazzuca SA, Brandt KD, Katz BP, et al. Reduced utilization and cost of primary care clinic visits resulting from self-care education for patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1999;42:1267-1273.
5. Lorig K. Patient education: treatment or nice extra. *Br J Rheum* 1995;34:703-704.
6. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCSIT). *Ann Rheum Dis* 2003 Dec; 62:1145-1155.
7. Felson DT, Zhang Y, Anthony JM, et al. Weight loss reduces the risk of symptomatic knee osteoarthritis in women. *Ann Intern Med* 1992; 116: 535-539.
8. Espinosa-Morales R, Pérez-Bastidas ME. Enfoque terapéutico actual de la osteoartritis. *Rheumatol Clin* 2005;1 Supl 2:58-15.
9. American College of Rheumatology. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1905-1915.
10. Zhang WY, Li-Wan-Po A. The effectiveness of topically applied capsaicin. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 1994;46:517-522.
11. Schnitzer TJ, Kamin M, Olson WH. Tramadol allows reduction of naproxen dose among patients with naproxen-responsive osteoarthritis pain. *Arthritis Rheum* 1999;42:1370-7.
12. Mullican WS, Lacy JR. Tramadol/acetaminophen combination tablets and codeine/acetaminophen combination capsules for the management of chronic pain: a comparative trial. *Clin Ther* 2001;23:1429-1445.
13. Lin J, Zhang W, Jones A, Doherty M. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, aug 2004; 329:324.
14. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, et al. Long term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression. A randomized, placebo controlled trial. *Lancet* 2001; 357:251-256.
15. Mazieres B, Combe B, Phan Van A, et al. Chondroitin sulphate in osteoarthritis of the knee: a prospective double blind, placebo-controlled multicenter clinical study. *J Rheumatol* 2001;28:173-181.



Foto 1. Paciente con deformidad de ambas rodillas (genovaro) y aumento de volumen a nivel de rodilla izquierda. Imagen clásica de paciente con gonartritis

encaminado no sólo a intervenir en los componentes somáticos del mismo, sino también a influir en los componentes cognitivos (creencias, estados de ánimo y conductas). El tratamiento del dolor en la OA se puede dividir en no farmacológico, farmacológico y quirúrgico.

Medidas no farmacológicas

Los programas de educación del paciente son costo-efectivos. El plan de educación más eficaz es el que pretende modificar el comportamiento del individuo, ayudarlo a entender su enfermedad, a tomar decisiones sobre su terapia mediante la información adecuada y a tener adherencia al plan de tratamiento. Los pacientes con OA se benefician del ejercicio, ya sea dirigido a las articulaciones afectadas y/o con ejercicios de acondicionamiento aeróbico en general. Diversos estudios han demostrado que el dolor disminuye gracias a los ejercicios llevados a cabo bajo supervisión o con programas para realizar en casa.⁶

Resulta necesario que las personas obesas con OA de rodilla o de cadera disminuyan su peso. La obesidad es un factor de riesgo asociado a OA de rodilla y de cadera. Al bajar de peso, los pacientes sintomáticos con OA de rodilla, incluso en un porcentaje modesto, tienen menos dolor. El uso de soportes mecánicos ha sido de utilidad en

estudios controlados. Utilizar bastón con la mano contralateral a la articulación afectada, ya sea rodilla o cadera, sirve para disminuir la sobrecarga hasta 60% en el caso de la cadera, con lo que se alivia significativamente el dolor. El empleo de taloneras laterales, rodilleras y bandas rotulianas ayuda en situaciones específicas, como en el dolor medial de rodilla, inestabilidad o condromalacia, respectivamente.

El uso de frío-calor en diferentes modalidades (electroestimulación, acupuntura) es una terapia recomendada para reducir el dolor en la OA, aunque faltan estudios controlados que comprueben su efectividad.

Tratamiento farmacológico

Analgésicos no opioides. El paracetamol a dosis de 1 g cuatro veces al día es útil para disminuir el dolor en un gran porcentaje de los pacientes con OA. Tiene una considerable seguridad farmacológica y es bien tolerado. Es el medicamento de elección recomendado por La Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) y el Colegio Americano de Reumatología (ACR) para el tratamiento de la OA. El uso de capsicina tópica (componente del chile rojo, depletor de sustancia P) ha demostrado que reduce el dolor en estudios controlados frente a placebo.

Analgésicos opioides. Existen estudios sobre la utilización de tramadol vs. naproxeno en los cuales se ha detectado la disminución en el uso de este último y de la combinación de tramadol con paracetamol, con lo cual se potencia el efecto analgésico. El empleo de analgésicos opioides en el dolor no oncológico es controvertido debido a la posible dependencia y a sus efectos secundarios (náusea, sedación, mareos, constipación), por lo que sólo se recomienda en pacientes en los que otro tipo de analgesia ha fallado.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se indican en las personas que no han respondido favorablemente al paracetamol. Ciertos estudios han concluido que los AINE

son tan efectivos como el paracetamol y que otros son superiores al mismo. Todas las investigaciones disponibles hasta la fecha han sido realizados a corto plazo (menos de seis meses), de ahí que se recomienda utilizarlos por periodos cortos, valorando sus potenciales efectos secundarios no deseados, particularmente el riesgo de sangrado y otros (descontrol de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y renal). El uso de misoprostol o de inhibidores de la bomba de protones reduce el riesgo de complicaciones gastrointestinales.

Fármacos sintomáticos de acción lenta en la OA (SYSADOA, symptomatic slow action drugs osteoarthritis)

Los SYSADOA son un grupo de fármacos que han demostrado su utilidad en la OA al disminuir el dolor y mejorar otros síntomas. Como su nombre lo indica, tienen su efecto clínico después de meses de usarlos. Teóricamente podrían modificar la enfermedad, pero aún no existen estudios clínicos concluyentes al respecto.

Glucosamina. Es una glucoproteína componente de la matriz del cartílago articular. Ciertos estudios realizados con sulfato de glucosamina han demostrado su eficacia al disminuir el dolor y mejorar la función articular en la OA de rodilla leve a moderada. La dosis necesaria es de 1 500 mg/día; sus efectos empiezan a ser notorios hasta después de tres meses de iniciado el tratamiento. Existen estudios en los que se ha utilizado la glucosamina hasta por tres años con buena seguridad farmacológica.

Coindritín sulfato. Se trata de un proteoglicano componente normal del cartílago articular. Al igual que la glucosamina, ha probado ser eficaz para reducir el dolor en la OA de rodilla. La dosis recomendada es de 1 200 mg/día. Actualmente, se encuentra principalmente en presentaciones en combinación con glucosamina.

Diacereína. Es un fármaco que bloquea IL-1, por lo que tiene un efecto antiinflama-

Cuadro I. Causas secundarias de OA

Metabólicas	Acromegalia, ocronosis, hemocromatosis.
Anatómicas	Luxación congénita de cadera, Legg-Perthes, displasias.
Traumáticas	Fracturas, cirugía de meniscos, ocupacionales.
Inflamatorias	Artritis reumatoide, espondiloartropatías, gota.

torio. Además, aumenta la producción del factor de crecimiento. Este medicamento disminuye los síntomas y mejora la función articular en la OA de rodilla y cadera. La dosis recomendada es de 100 mg/día.

Aceites no saponificados de soyalaguacate.

Las investigaciones iniciales provienen de Francia, donde diversos estudios controlados le otorgan propiedades inhibitorias, reduciendo de manera significativa la progresión de la pérdida de espacio de la cadera, en comparación con placebo. Estos aceites mejoran los síntomas y la función articular en la OA de rodilla y cadera,⁶ ya que inhiben IL-1 y metaloproteinasas y aumentan las concentraciones de agreganos. La dosis sugerida es de 300 mg/día por tiempo indefinido.

Terapia intraarticular

Esteroides intraarticulares. Las guías de tratamiento del EULAR y ACR en la OA de rodilla aceptan que la aplicación de esteroides intraarticulares son útiles para aliviar el dolor a corto plazo en rodillas con derrame articular. Se cree que los esteroides tienen efectos terapéuticos por periodos cortos (semanas) y que podrían dañar el cartílago articular, aunque hay un estudio que contradice esto. Aún no se puede establecer un consenso al respecto.

Ácido hialurónico. Este es un componente normal del líquido sinovial y una importante glucoproteína en la homeostasis articular. Teóricamente, la aplicación intraarticular de este ácido en la rodilla restaura la viscoelasticidad del líquido sinovial en la OA y promueve la síntesis endógena del ácido hialurónico de alto peso molecular. A través de algunos estudios se ha demostrado que el ácido hialurónico disminuye el dolor en rodilla a las 3-5 semanas de su aplicación; este efecto persiste durante 3-6 meses. Sin embargo, otras investigaciones no lo



Foto 2. Persona con osteoartritis de interfalángicas distales y que cursa con osteoartritis de tipo erosivo

consideran superior al placebo. En la actualidad, las inyecciones intraarticulares repetitivas sólo se administran si hubo respuesta favorable en el primer curso de aplicaciones.

Tratamiento quirúrgico en la OA. Cuando las medidas no farmacológicas y farmacológicas no ofrecen un adecuado control del dolor y síntomas relacionados, el tratamiento requerido es el quirúrgico. El lavado y desbridamiento articular pueden mejorar los síntomas en algunos casos. La osteotomía en la OA de rodilla de reciente inicio puede aliviar los síntomas y retardar la progresión. Un último recurso es la artrodesis, que suele controlar el dolor en algunas articulaciones (carpo, colum-

na, pie). La artroplastia es necesaria en la OA severa (cuyo dolor es discapacitante), quita el dolor y ofrece una articulación funcional durante aproximadamente 20 años.

Conclusiones

La OA es la enfermedad articular más prevalente en el mundo. El dolor es el síntoma más importante de este padecimiento. El manejo del dolor en la OA debe considerar los aspectos cognitivos y somáticos del mismo. Aún no se dispone de medicamentos que regeneren el cartílago articular, por lo que aliviar el dolor es uno de los principales objetivos en el tratamiento de la OA, con la subsiguiente mejora en la calidad de vida. Hoy en día se cuenta con medidas no farmacológicas, farmacológicas y quirúrgicas para el tratamiento adecuado de esta entidad, las cuales deben utilizarse de acuerdo a las características de cada paciente. **DOLOR**

Cuadro 2. Síntomas y signos en osteoartritis

Síntomas	Signos
Dolor	Sensibilidad aumentada
Rigidez	Crépitos
Inflamación	Limitación del movimiento
Debilidad articular	Deformidad
Inestabilidad articular	Inestabilidad articular