



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



La artrosis: guías y consensos para una enfermedad metabólica y sistémica

Conclusiones del documento SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla

Cristóbal Orellana

Servicio de Reumatología, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (UAB), Hospital de Sabadell, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Artrosis
Rodilla
Gonartrosis
Tratamiento
Guía terapéutica

Keywords:

Osteoarthritis
Knee
Gonarthrosis
Treatment
Therapeutic guide

RESUMEN

El *Primer documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla* fue publicado en 2005 a iniciativa de la SER con la intención de dar respuesta de forma práctica y en base a la evidencia a cuestiones de tipo clínico que pudieran surgir en la práctica clínica y que no estuvieran suficientemente claras en otras guías existentes en la época. El documento fue consensado por un grupo de expertos siguiendo una metodología adecuada y con una exhaustiva revisión de la evidencia disponible hasta entonces. En el presente artículo se discute si dicho documento ha cumplido con su objetivo y si hoy sigue siendo vigente, así como si ha llegado el momento de su revisión, o si por el contrario es más conveniente hacer un nuevo documento más amplio, que incluya por ejemplo terapias no farmacológicas o artrosis que afecten otras localizaciones.

© 2012 SER. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Conclusions of the consensus document of the Spanish Society of Rheumatology on the pharmacological treatment of knee osteoarthritis

ABSTRACT

The *Primer documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla* (*First Document of the Spanish Society of Rheumatology on the Pharmacological Treatment of Osteoarthritis of the Knee*) was published in 2005 on the initiative of the SER with the intention of responding in a practical and substantiated manner to clinical questions that might arise in clinical practice and which were not made sufficiently clear in other guides available at the time.

That document was agreed on by a panel of experts following a suitable methodology and a thorough review of the evidence available so far. This article discusses and comments on whether said document has served its purpose and whether it continues doing so at the present time, as well as whether a review should be considered due, or if instead it might be more appropriate to create a new and more extensive document, for instance including non-pharmacological therapies or osteoarthritis affecting other locations.

© 2012 SER. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El año 2004, la Sociedad Española de Reumatología (SER) encargó a un grupo de expertos locales la realización de un documento sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla con el fin de recoger una serie de recomendaciones de carácter eminentemente práctico, y que pudiera dar respuesta a las preguntas más frecuentes que se le planteaban a un clínico en el tratamiento de pacientes con

esa entidad (tabla 1). El objetivo era hacerlo de una forma práctica y sencilla, pero al mismo tiempo solvente, teniendo en cuenta los estudios y la evidencia científica del momento.

En la introducción y justificación del documento, el panel de expertos hizo hincapié en que la intención de este trabajo no era recoger premisas o guías de tratamiento ya presentes en otras guías clínicas sobre el manejo terapéutico de la artrosis de rodilla —como las existentes del American College of Rheumatology (ACR, 1995)^{1,2} o de

Tabla 1

Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla.

La Sociedad Española de Reumatología confeccionó unas recomendaciones terapéuticas para la artrosis (A) de rodilla. Dichas recomendaciones se estructuraron en formato de preguntas y respuestas y establecieron un grado de recomendación (GR) y nivel de evidencia (NE) para cada pregunta. A continuación, se resumen las principales preguntas planteadas en este documento:

Paracetamol

- ¿Debe ser el paracetamol la primera elección para el control del dolor en la A de rodilla?

Las razones que conducen al paracetamol como fármaco de primera elección se fundamentan en decisiones individualizadas ante cada paciente, basadas principalmente en criterios de seguridad. Los estudios indican que los AINE son superiores al paracetamol para reducir el dolor en la A de rodilla. GR: A/NE: 1A.

AINE no selectivos y COXIB

- ¿Deben ser los AINE la primera elección para el control del dolor en la A de rodilla?

A pesar de que los AINE tienen un mayor efecto analgésico en la A de rodilla, es recomendable probar primero la respuesta al paracetamol dado que ofrece ventajas en cuanto a seguridad y relación beneficio-coste. GR: A/NE: 1A.

- ¿Destruyen los AINE el cartílago articular o favorecen y/o aceleran la progresión de la enfermedad?

No existe evidencia para afirmar que los AINE favorecen la progresión de la A (NE: 2B) con excepción de la indometacina, que sí la favorece (NE: 1B). GR: B.

- ¿Hay evidencias de que los COXIB sean más efectivos que el paracetamol o los AINE clásicos para el control del dolor en la A de rodilla?

En el control del dolor, los coxibs son más eficaces que el paracetamol y presentan una eficacia similar a la de los AINE clásicos. GR: A/NE: 1A.

¿Hay evidencias de que los COXIB tengan algún efecto en la progresión de la A de rodilla?

Se desconoce. GR: D/NE: 3.

Analgésicos opiáceos

- ¿Son eficaces los opiáceos en el tratamiento de la A de rodilla?

El tramadol y su combinación con paracetamol y/o AINE ha demostrado su eficacia en el tratamiento del brote doloroso de pacientes con A de rodilla cuando no responden al tratamiento de base. GR: A/NE: 1B.

Sulfato de glucosamina

- ¿Es eficaz en el control de los síntomas?

El sulfato de glucosamina es un fármaco eficaz para el control del dolor y en la mejoría funcional de los pacientes con A de rodilla. GR: A/NE: 1A.

- ¿Reduce el sulfato de glucosamina las necesidades de analgésicos o AINE?

El sulfato de glucosamina no disminuye la necesidad de analgesia de rescate. GR: A/NE: 1B.

- ¿Es eficaz en el control de la progresión radiológica?

El sulfato de glucosamina puede retardar la pérdida del espacio articular femorotibial en la A de rodilla. GR: A/NE: 1A.

Condroitín sulfato (CS)

- ¿Es eficaz el condroitín sulfato en el control de los síntomas?

El condroitín sulfato es un fármaco eficaz para el control del dolor y mejora de la capacidad funcional en pacientes con A de rodilla. GR: A/NE: 1A.

- ¿Reduce el condroitín sulfato las necesidades de analgésicos o AINE?

El condroitín sulfato sí reduce las necesidades de analgésicos o AINE. GR: A/NE: 1A.

- ¿Es eficaz el condroitín sulfato en el control de la progresión radiológica?

Condroitín sulfato puede retardar la pérdida del espacio articular femorotibial en la A de rodilla. GR: A/NE: 1B.

Diacereína

- ¿Es eficaz la diacereína en el control de los síntomas?

No es eficaz para el control de los síntomas de la A de rodilla. GR: D/NE: 4.

- ¿Es eficaz la diacereína en la disminución de las necesidades de analgésicos o AINE?

Se ignora si es eficaz para la disminución de las necesidades de analgésicos o AINE.

- ¿Es eficaz la diacereína en el control de la progresión radiológica?

No es posible emitir ninguna recomendación para la A de rodilla.

Ácido hialurónico (AH) intrarticular

- ¿Es eficaz el ácido hialurónico en el control del dolor de la rodilla artrósica?

El AH es eficaz para el control de los síntomas de la A de rodilla. GR: A/NE: 1A.

- ¿Influye el peso molecular del ácido hialurónico en su eficacia?

No hay evidencias.

- ¿Son todos los ácidos hialurónicos igual de seguros?

Los diferentes AHs son bien tolerados y ofrecen el mismo grado de seguridad. GR: A/NE: 1A.

Corticoides intrarticulares

- ¿Son los corticoides efectivos en el control de los síntomas de rodilla?

Son efectivos a corto plazo, especialmente cuando se manifiestan los brotes de la enfermedad. GR: A/NE: 1B.

- ¿Son los corticoides perjudiciales para el cartílago articular?

No son perjudiciales para el cartílago. GR: A/NE: 1B.

la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR, 2000)³—, sino analizar las cuestiones que no quedaran suficientemente claras en dichas guías y que resultaran de interés para la práctica clínica, y tratar de responderlas de forma precisa y práctica.

La metodología empleada fue la de pregunta y respuesta. Primero se seleccionaron aquellas preguntas de interés sobre diferentes aspectos del tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla surgidas entre los expertos seleccionados por la SER. A continuación, el coordinador del documento las agrupó en temas antes de remitirlas a la Unidad de Investigación de la SER. Dichas cuestiones fueron analizadas por los diferentes revisores integrados en el panel de ex-

peritos mediante revisión sistemática de la evidencia científica a partir de una búsqueda bibliográfica informatizada en PubMed/Medline, Embase y Cochrane Library, con una posterior selección de los estudios que, para cada una de las preguntas, por su diseño y objetivos, pudieran responder mejor a cada una de ellas. Los estudios se clasificaron en relación a la calidad de estos y, a partir de su análisis, se procedió a la elaboración de tablas de evidencia con los correspondientes grados de recomendación y nivel de evidencia (según los criterios propuestos por el Centro para la Medicina Basada en Evidencias de la Universidad de Oxford, <http://www.cebm.net>) de las correspondientes respuestas, que finalmente, tras un proceso de pre-

sentación y debate interno entre los revisores, llevó a la redacción de un documento consensuado. Tras el escalón final de su valoración externa fue finalmente publicado, en 2005, con el título de *Primer documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla*⁴.

El objetivo de este artículo es comentar determinados aspectos del documento seis años después de su publicación, especialmente en cuanto a la metodología y su validez actual, así como plantear si siguen vigentes unas respuestas establecidas que durante años han ayudado a los clínicos con interés e inquietudes respecto al tratamiento de la artrosis.

Para ello, remediando el esquema del propio documento, se proponen una serie de preguntas sobre él, que se comentarán o se tratará de dar respuesta.

¿Resulta acertado el formato de pregunta-respuesta?

En relación a documentos similares realizados por organizaciones análogas de carácter internacional en el campo del tratamiento de la artrosis [ACR^{1,2}, EULAR³, Osteoarthritis Research Society International^{5,6} (OARSI)], resulta novedoso el formato utilizado de establecer preguntas basadas en cuestiones surgidas en la práctica diaria. Dado el talante eminentemente práctico del documento, es acertado reflejar directamente la pregunta que el clínico se puede hacer en su práctica diaria y proporcionar seguidamente la respuesta de forma clara y sencilla, con las recomendaciones por parte del panel de expertos, acompañadas de forma resumida de las evidencias científicas que permiten realizar dichas recomendaciones, incluidas sus carencias. Además, el texto está bien estructurado siguiendo el esquema clásico de tratamiento con los diferentes grupos farmacológicos: preguntas sobre paracetamol, AINE (clásicos y COXIB), opioides, tratamientos tópicos, SYSADOA y tratamientos intraarticulares (corticoides y ácido hialurónico).

¿Es válida la metodología empleada?

El *Primer documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla* es fruto de una metodología en línea con la de otros documentos y guías similares. Por un lado, la responsabilidad de llevarla a cabo surge de especialistas de reconocido prestigio y experiencia en el campo de la artrosis. Por otro, se produce en el marco de una sociedad científica de referencia en la especialidad, la SER. Resulta esencial que el trabajo se refleje y se base en la evidencia científica acumulada hasta el momento de su realización. En este sentido, los revisores realizaron el documento en base a estudios seleccionados tras una búsqueda exhaustiva y siempre buscando la mejor evidencia disponible. Con todo ello resulta evidente que la metodología aplicada es adecuada para el fin del documento de consenso sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis.

¿Es conveniente un documento limitado al tratamiento de carácter farmacológico en la artrosis de rodilla?

Quizá el principal factor diferencial del documento SER respecto al de otras sociedades es que se encuentra limitado al tratamiento farmacológico. Si bien el planteamiento inicial como tal es válido, cabe preguntarse si no hubiera sido más útil incluir preguntas sobre el tratamiento no farmacológico de la artrosis (papel de la rehabilitación, la fisioterapia, la medicina física, la acupuntura, la dieta y la pérdida de peso, las plantillas y otras ayudas ortopédicas, etc.) que surgen en la práctica clínica de todos los especialistas involucrados en el tratamiento de la enfermedad.

El tratamiento no farmacológico ocupa un papel determinante (aunque no siempre reconocido ni convenientemente aplicado) en el manejo terapéutico de la artrosis de rodilla, y como tal se podría ha-

ber incluido, aun a riesgo de replicar la información contenida en otros documentos similares. A este efecto, el formato práctico de pregunta (de interés clínico práctico) y respuesta (basada en la evidencia, o manifestando la ausencia de esta), resultaría igualmente original y útil.

Otra cuestión, aunque viene a colación sobre el tema, sería si hubiera tenido que complementarse con preguntas sobre otros tratamientos como ciertos productos "naturales", factores de crecimiento, etc.

¿Siguen vigentes las recomendaciones del documento? ¿Deberían revisarse a la luz de las nuevas evidencias?

La ciencia, en general, y la medicina en particular, es una disciplina sujeta al cambio, producto de la investigación desarrollada en su seno. Así ocurre lógicamente con la reumatología. En el campo de la artrosis se han producido avances en los últimos años, especialmente con referencia a un mejor conocimiento de la fisiopatología gracias a la profundización en la enfermedad, ayudado en gran parte por la aplicación de avances en el campo de la imagen. Con seguridad, esos progresos deberán traducirse en un futuro en nuevos tratamientos. Sin embargo, desde la aparición del *Primer documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla* no contamos con nuevos tratamientos farmacológicos que eventualmente se podrían incluir en un documento nuevo o revisado.

No obstante, y de forma lógica, han aparecido nuevos estudios, ensayos clínicos y metanálisis sobre los fármacos origen de las preguntas y respuestas expuestas en el documento que podrían modificar el texto. De hecho, y conscientes de esta realidad cambiante, las principales guías internacionales, como las de OARSI⁵, establecen ser revisadas y renovadas de forma periódica según la aparición de nuevos tratamientos, la aparición de cambios respecto al tratamiento habitual e incluso en función de eventuales cambios a nivel social o económico, o de los recursos del sistema de salud.

Aunque no es el objeto del presente artículo, podemos apuntar de forma resumida ciertas novedades que aportan información y nueva evidencia en relación a las preguntas y sus consiguientes respuestas en el documento de la SER sobre tratamiento farmacológico en artrosis de rodilla.

Preguntas sobre paracetamol

La principal pregunta sobre el paracetamol en el documento consistía en su posible papel como tratamiento de primera elección para el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla. Se ha de destacar que, en gran parte, su posicionamiento como fármaco de primera elección —y así se refleja en otras guías posteriores^{6,7}— se basa, no en su mayor eficacia sobre otros tratamientos, como los AINE, sino en su mayor seguridad. En este sentido, se ha acumulado cierta evidencia que sugiere que el paracetamol puede asociarse a efectos adversos en el tracto intestinal alto, sobre la función renal y sobre la tensión arterial cuando es usado a dosis superiores a 3 g/d⁸, aparte de sus efectos sobre la función hepática.

Preguntas sobre los AINE

El documento se centra en el papel de los AINE como posible primera elección para el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla, dado que su efecto sintomático es mayor que el del paracetamol⁹, como también se ha confirmado en estudios recientes. Sin embargo, en el documento de la SER se hace referencia a que ha de ser tenido en cuenta el potencial de efectos adversos, mayor que el de paracetamol.

No obstante, quizá en ciertos pacientes con artrosis de rodilla, o en ciertos momentos de su evolución, el tratamiento con AINE debería ser considerado en primera instancia, especialmente en los casos

en que el componente inflamatorio sea más aparente. Efectivamente, en la última década hemos asistido a una evidencia cada vez más clara de la existencia de sinovitis en un elevado porcentaje de pacientes con artrosis de rodilla. En este subgrupo, que numéricamente parece incluir la mayoría de pacientes con gonartrosis, cabría formularse una nueva pregunta: si en esta población, salvo existencia de contraindicaciones, la primera elección no deberían ser los AINE, al menos durante una fase del tratamiento.

Sobre la seguridad de los AINE nuevas preguntas pueden reflejar las dudas sobre su empleo en determinados ámbitos clínicos a raíz de nuevos estudios. Por ejemplo, si todo el tracto digestivo (superior e inferior) es igual que el tracto gastrointestinal superior en cuanto a la recomendación de que el uso de un COXIB es equivalente al empleo de un AINE no selectivo en combinación con un inhibidor de la bomba de protones; en este sentido, existe evidencia de que en este contexto los COXIB podrían aportar una protección mayor para el tracto gastrointestinal inferior¹⁰.

También se podrían añadir preguntas en relación al controvertido tema de la seguridad cardiovascular de AINE selectivos y no selectivos.

Otra de las preguntas en relación a los AINE en el documento de la SER se refería a su posible efecto sobre el cartílago articular. Desde entonces ha aparecido algún estudio que podría apuntar a un posible papel protector de los COXIB¹¹.

Preguntas sobre analgésicos opiáceos

Aunque con posterioridad ha aparecido algún metanálisis relativo al uso de opiáceos en general¹², los resultados no alteran básicamente la recomendación del documento de la SER en cuanto al tratamiento del dolor en artrosis de rodilla, si bien aumenta el nivel de evidencia. Por ejemplo, respecto al tramadol han sido publicados metanálisis¹³ que abundan en su eficacia para el tratamiento analgésico en la artrosis, o estudios sobre el empleo de opiáceos mayores¹⁴ en ese contexto clínico. Al mismo tiempo, han aparecido nuevos medicamentos en este grupo farmacológico^{15,16} sobre los que se podría cuestionar su aportación al arsenal terapéutico para el tratamiento sintomático de la artrosis de rodilla.

Preguntas sobre los SYSADOA

Tras seis años, las cuestiones sobre los SYSADOA (*symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis*), o fármacos de efecto sintomático lento para la artrosis, siguen siendo de las más candentes en torno al tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. Sobre los tres fármacos de estas características usados en España, el documento de la SER establecía una serie de preguntas para cada uno de ellos: en relación a su eficacia en cuanto al control sintomático, si reducían o no las necesidades de analgésicos o AINE y, finalmente, sobre su eficacia en cuanto a la progresión radiológica o su posible influencia sobre su evolución hacia la necesidad de cirugía protésica.

En cuanto al sulfato de glucosamina, el documento se inclinaba hacia su eficacia en virtud del análisis realizado en el momento. Desde esa fecha se han publicado estudios aleatorizados y controlados con placebo¹⁷ que aportan más datos acerca de su eficacia, si bien esta es modesta. Respecto a un eventual efecto estructural y su eficacia para disminuir la necesidad de prótesis de rodilla¹⁸ también se han publicado estudios que favorecerían el uso del sulfato de glucosamina.

En relación al condroitín sulfato, desde la aparición del documento de la SER se han publicado nuevos metanálisis^{19,20} en los que ha presentado resultados positivos como tratamiento sintomático, aunque los resultados de los distintos estudios son muy heterogéneos. Recientemente se ha publicado un metanálisis que no mostraba eficacia respecto al placebo²¹, pero cuyas conclusiones estaban seriamente sesgadas y han dado lugar a una rectificación por parte de la

publicación. En este sentido, un nuevo documento podría establecer cuál es el estado de la cuestión tras la polémica.

En cuanto al posible efecto del condroitín sulfato sobre el deterioro estructural en artrosis de rodilla existe una revisión sistemática²² que incluye tres estudios aleatorizados y controlados con placebo que apuntarían a un efecto favorable respecto a la progresión estructural. Asimismo, un reciente estudio con cambios por RMN²³ como *outcome* también parece mostrar un efecto beneficioso. Todo ello es información nueva que podría dar soporte a la evidencia ya establecida en el documento de 2005, pero que debería ser revisada de nuevo y procesada según la metodología ya descrita.

En relación a la glucosamina y al condroitín sulfato podría, hoy día, dar lugar a nuevas preguntas sobre la eficacia de su combinación²⁴, la cual ya se comercializa.

Finalmente, dentro del grupo de los SYSADOA también fue analizada la diacereína, a la cual se le otorgaba un menor grado de recomendación y evidencia por los estudios disponibles hasta aquella fecha. En este sentido, distintos estudios publicados desde entonces^{25,26} podrían permitir un nuevo análisis de la evidencia sobre el tratamiento con diacereína en la artrosis de rodilla.

Preguntas sobre tratamientos intraarticulares

Desde la publicación del documento SER, una revisión Cochrane²⁷ sobre el uso de corticoides intraarticulares ha sido publicada y en ella se confirma su eficacia a corto plazo. Respecto al ácido hialurónico, diversos ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metanálisis^{28,29,30,31}, así como una revisión Cochrane³², han sido publicados sobre su papel en la artrosis de rodilla. Todos ellos vienen a confirmar las respuestas del documento de la SER sobre su eficacia y sobre la seguridad y eficacia similar independientemente de su peso molecular, si bien existe un estudio que relaciona los de alto peso molecular con una mayor incidencia de artritis posinyección³¹.

Una pregunta para contestar, surgida de la práctica clínica de los últimos años y no presente en el momento de la realización del documento, es la relativa a la eficacia de los más recientes ácidos hialurónicos de una sola inyección.

¿Existe lugar para un nuevo documento?

Evidentemente, el volumen de estudios y conocimientos sobre la artrosis de rodilla y su tratamiento ha seguido aumentando tras la publicación del documento de la SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. Todos ellos aportan datos que pueden aumentar o disminuir el nivel de evidencia de las recomendaciones entonces realizadas. Tras más de seis años de existencia, y a la luz de nuevos estudios, se puede entender como justificada la realización de un nuevo documento o la revisión del anterior, y quizá plantear dar cabida no solo a la nueva evidencia, sino también a nuevas preguntas, sea sobre otros tratamientos farmacológicos (por ejemplo, antiesortivos^{33,34} o tratamientos biológicos³⁵, o modalidades terapéuticas no farmacológicas). De hecho, otros documentos similares⁵ son revisados de forma periódica, y se publican con regularidad nuevas versiones que suelen revisar la evidencia de sus recomendaciones a la luz de los nuevos estudios. Probablemente los autores del propio documento ya fueron conscientes de ello cuando lo titularon *Primer* documento de consenso de la SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla.

En el caso de la artrosis, ¿podrían elaborarse documentos similares sobre otras articulaciones?

La artrosis de rodilla es la más prevalente y la que comporta un mayor número de consultas en nuestro medio, motivo por el cual está plenamente justificado realizar un documento de las características del que nos ocupa. Además, la gran mayoría de estudios sobre

tratamiento están centrados en la artrosis de rodilla. El menor número de estudios y metanálisis sobre artrosis en otras localizaciones no permite una revisión de la evidencia tan exhaustiva como en el caso de la rodilla.

A pesar de eso, no es desdeñable la prevalencia de la artrosis de cadera o manos y, aunque en menor número, también existe una importante cantidad de estudios centrados en el tratamiento de estas entidades, por lo que se justificaría la elaboración de documentos focalizados en ellas por separado, o bien su inclusión en una eventual revisión del documento, con aquellas características diferenciales con la artrosis de rodilla en cuanto al nivel de evidencia o recomendación de los distintos tratamientos. Esto sería particularmente interesante dado que con frecuencia se extrapolan los resultados de los estudios en artrosis de rodilla al tratamiento de la artrosis en otras localizaciones, cuando en ocasiones los resultados pueden ser diferentes; de hecho, tienen características diferenciales en cuanto a su fisiopatología, como es especialmente aparente en el caso de la artrosis erosiva de manos.

Conclusión

En el año 2005 se publicó el *Primer documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla* con la intención de dar respuesta de forma práctica y en base a la evidencia a cuestiones de tipo clínico que pudieran surgir en la práctica clínica y que no estuvieran suficientemente claras en otras guías existentes en la época. Tanto entonces como posteriormente el documento ha cumplido su función, pero tras seis años quizá haya llegado el momento el plantear su revisión, debido a la acumulación de nueva evidencia médica en el tratamiento farmacológico de la artrosis. También se debe valorar si ampliar el eventual documento a cuestiones sobre el tratamiento no farmacológico y si se debe ampliar el ámbito de la revisión a la artrosis de otras localizaciones frecuentes (cadera, manos), e incluso si estas merecerían un documento específico.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener relación financiera que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el presente artículo.

Bibliografía

- Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the knee. *American College of Rheumatology. Arthritis Rheum.* 1995;38:1541-6.
- 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;43:1905-15.
- Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JWJ, Dieppe PA, 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 Trial (ESCSIT). *Ann Rheum Dis.* 2003;62:1145-55.
- Blanco FJ, Benito P, Alonso A, Ballina FJ, Battlle E, Caracuel MA, et al. Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. *Rev Esp Reumatol.* 2005;1:38-48.
- Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden S, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010;18:476-99.
- Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008;16:137-62.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. London: Royal College of Physicians. 2008.
- Rahme E, Barkun A, Nedjar H, Gaugris S, Watson D. Hospitalizations for upper and lower GI events associated with traditional NSAIDs and acetaminophen among the elderly in Quebec, Canada. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:872-82.
- Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1)CD004257.
- Chan FKL, Lanas A, Scheiman J, Berger MF, Nguyen H, Goldstein JL. Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Lancet.* 2010;376(9736):173-9.
- Ding C, Cicuttini F, Jones G. Do NSAIDs Affect Longitudinal Changes in Knee Cartilage Volume and Knee Cartilage Defects in Older Adults? *Am J Med.* 2009;122:836-42.
- Avouac J, Gossec L, Dougados M. Efficacy and safety of opioids for osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2007;15:957-65.
- Cepeda M, Camargo F, Zea C, Valencia L. Tramadol for osteoarthritis: A systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol.* 2007;34:543-55.
- Langford R, McKenna F, Ratcliffe S, Vojtassak J, Richarz U. Transdermal fentanyl for improvement of pain and functioning in osteoarthritis: A randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2006;54:1829-37.
- Chindalore VL, Craven RA, Yu KP, Butera PG, Burns LH, Friedmann N. Adding ultralow-dose naltrexone to oxycodone enhances and prolongs analgesia: a randomized, controlled trial of Oxycodone. *J Pain.* 2005;6(6):392-9.
- Afilalo M, Etropolski MS, Kuperwasser B, Kelly K, Okamoto A, Van Hove I, et al. Efficacy and safety of Tapentadol extended release compared with oxycodone controlled release for the management of moderate to severe chronic pain related to osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled phase III study. *Clin Drug Investig.* 2010;30(8):489-505.
- Herrero BG, Ivorra JA, Del Carmen TM, Blanco FJ, Benito P, Martín ME, et al. Glucosamine sulfate in the treatment of knee osteoarthritis symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled study using acetaminophen as a side comparator. *Arthritis Rheum.* 2007;56: 555-67.
- Bruyere O, Pavelka K, Rovati LC, Gatterova J, Giacovelli G, Olejarova M, et al. Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomised, placebo-controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008;16:254-60.
- Bjorndal JM, Klovning A, Ljunggren AE, Slordal L. Short-term efficacy of pharmacotherapeutic interventions in osteoarthritic knee pain: a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *Eur J Pain.* 2007;11:125-38.
- Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, Burgi E, Burgi U, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med.* 2007;146:580-90.
- Wandel S, Juni P, Tendal B, Nuesch E, Villiger PM, Welton NJ, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c4675.
- Hochberg MC, Zhan M, Langenberg P. The rate of decline of joint space width in patients with osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of chondroitin sulfate. *Curr Med Res Opin.* 2008;24(11):3029-35.
- Wildi LM, Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Beaulieu A, Bessette L, Morin F, Abram F, Dorais M, Pelletier JP. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(6):982-9.
- Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, Klein MA, O'Dell JR, Hooper MM, et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Eng J Med.* 2006;354:795-808.
- Pavelka K, Trc T, Karpas K, Vitek P, Sedlackova M, Vlasakova V, et al. The efficacy and safety of diacerein in the treatment of painful osteoarthritis of the knee: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study with primary end points at two months after the end of a three-month treatment period. *Arthritis Rheum.* 2007;56:4055-64.
- Louthrenoo W, Nilganuwong S, Aksaranugraha S, Asavatanabodee P, Saengnipanthkul S, Thai Study Group. The efficacy, safety and carry-over effect of diacerein in the treatment of painful knee osteoarthritis: a randomised, double-blind, NSAID-controlled study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2007;15:605-14.
- Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;CD005328.
- Divine JG, Zazulak BT, Hewett TE. Viscosupplementation for knee osteoarthritis: a systematic review. *Clin Orthop Rel Res.* 2007;455:113-22.
- Strand V, Conaghan PG, Lohmander LS, Koutsoukos AD, Hurley FL, Bird H, et al. An integrated analysis of five double-blind, randomized controlled trials evaluating the safety and efficacy of a hyaluronan product for intra-articular injection in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage.* 2006;14:859-66.
- Lo GH, Lavalley M, McAlindon T, Felson DT. Intra-articular hyaluronan acid in treatment of knee osteoarthritis: a metaanalysis. *JAMA.* 2003;290:3115-21.
- Reichenbach S, Blank S, Rutjes AW, Shang A, King EA, Dieppe PA, et al. Hylan versus hyaluronic acid for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 2007;57:1410-8.
- Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;CD005321.
- Bingham III CO, Buckland-Wright JC, Garnero P, Cohen SB, Dougados M, Adams S, et al. Risedronate decreases biochemical markers of cartilage degradation but does not decrease symptoms or slow radiographic progression in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee: results of the two-year multinational knee osteoarthritis structural arthritis study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:3494-507.
- Garnero P, Aronstein WS, Cohen SB, Conaghan PG, Cline GA, Christiansen C, et al. Relationships between biochemical markers of bone and cartilage degradation with radiological progression in patients with knee osteoarthritis receiving risedronate: the knee osteoarthritis structural arthritis randomized clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008;16:660-6.
- Chevalier X, Goupille P, Burch FX, Bensin WG, Conrozier T, et al. Intra-articular injection of anakinra in osteoarthritis of the knee: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum.* 2009;61(3):344-52.