



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Introducción

La artrosis: nuevos horizontes

Alejandro Olivé-Marqués

Servicio de Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Alan S Dixon –reumatólogo inglés y uno de los pioneros de la reumatología– contaba en la década de los ochenta que si un extra-terrestre aterriza en la tierra y hacía un estudio de las enfermedades reumáticas según lo publicado en las revistas biomédicas, se llevaría la idea que la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico eran las enfermedades más frecuentes. Nada más cierto, en aquella época; los congresos también daban fe de la poca atención que se daba a la artrosis, sin lugar a dudas la enfermedad osteoarticular más prevalente. Estos pensamientos los plasmó en varios editoriales que causaron una sana polémica^{1,2}.

Si se realiza una búsqueda en PubMed con la palabra "ostearthritis", se verá que esta enfermedad ha recuperado su terreno durante estos últimos años (fig. 1). La investigación en la artrosis forma parte fundamental de la reumatología y hoy día no solo llena los congresos de reumatología, sino que también tiene congresos y revistas biomédicas propias. En el estado español tenemos varios grupos asentados y con una investigación de excelencia.

El concepto de la artrosis también ha sufrido un giro copernicano. Se consideraba como una enfermedad del cartílago articular. Actualmente, se define la artrosis como una enfermedad de órgano: la articulación. Este concepto engloba la degradación del cartílago, la inflamación de la membrana sinovial y la remodelación del hueso subcondral. En efecto, en el cartílago tiene lugar un extenso proceso de degradación, implicando a mediadores de la inflamación producidos por la membrana sinovial, y por los condrocitos. Es más, en el hueso subcondral tiene lugar un remodelaje que conlleva la formación de una matriz ósea anormal. Una verdadera enfermedad de la articulación.

Comentaba que la artrosis es una enfermedad de órgano, pero lo que es todavía poco conocido es el carácter metabólico y sistémico de la enfermedad. Las comorbilidades están presentes en la artrosis. El riesgo cardiovascular, la diabetes y la dislipemia están asociados a la artrosis. Lo cual da una idea de la magnitud de la enfermedad.

Los tratamientos para la artrosis no cumplen con los objetivos que los galenos nos marcamos. Pueden aliviar pero no frenan el avance de la enfermedad. Durante estos últimos años se han puesto en evidencia nuevos fármacos que han llevado a cabo un cambio en la terminología de los tratamientos en la artrosis: SYSADOA (fármacos modificadores lentos de los síntomas) y DMOAD (fármacos modificadores de la estructura en la artrosis).

El condroitín sulfato pertenece a este grupo de fármacos que están tratando de cambiar el rumbo de la artrosis. En poco tiempo se han publicado 2 trabajos que sugieren que el condroitín sulfato pue-

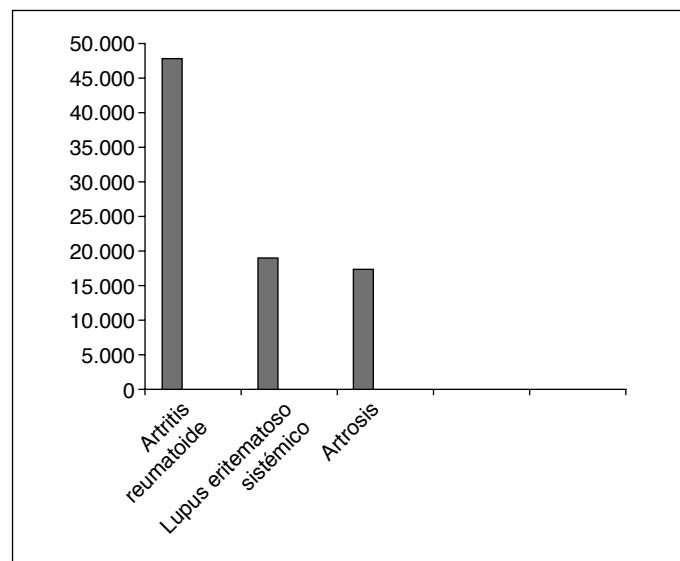


Figura 1. Frecuencia de la artrosis en PubMed.

de ser efectivo en el tratamiento de la artrosis. Wildi et al comunicó que el condroitín sulfato reduce la pérdida de volumen del cartílago y las lesiones de la médula ósea subcondral en la artrosis de rodilla³. Asimismo, investigadores suizos han puesto de manifiesto la utilidad de este fármaco en la artrosis de manos⁴. Ambos artículos se comentan en este número.

Recientemente, en el congreso OARSI de Barcelona, investigadores españoles presentaron el efecto del condroitín sulfato en la sinovitis que acontece en la artrosis de rodilla. En un trabajo aleatorizado y controlado con placebo pusieron de manifiesto mediante pruebas de imagen (ultrasonido) que este fármaco reducía la sinovitis frente a paracetamol de forma significativa⁵. Asimismo, el grupo canadiense de Pelletier sugería en un estudio que aquellos pacientes tratados con condroitín sulfato y seguidos durante 4 años presentaban un menor número de artroplastias de rodilla que los tratados con placebo⁶. Las implicaciones económicas de este último estudio –caso de confirmarse– serían enormes.

Este número monográfico dedicado a la artrosis es una puesta al día de los cambios que están ocurriendo en esta enfermedad. Cam-

bios en el tratamiento de la misma. Esperamos que los lectores disfruten y saquen sus propias conclusiones

Conflictó 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

1. Dixon AS. Rheumatology and rheumatology research, a mismatch. Br J Rheumatol. 1992;31:145-6
2. Dixon AS. Research is for now, too. J Rheumatol. 1981;8:361-3
3. Wildi LM, Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Beaulieu A, Bessette L, Morin F, et al. 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 randomised, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. Ann Rheum Dis. 2011;70:982-9.
4. Gabay C, Medinger-Sadowsky C, Gascon D, Kolo F, Finckh A. Symptomatic effects of Chondroitin 4 and Chondroitin 6 Sulfate on hand osteoarthritis. A randomized, double blind, placebo controlled clinical trial at a single center. Arthritis Rheum. 2011;63:3383-91.
5. Monfort J, Orellana C, Montañes F, Garcia N, Tio L, Benito P. Chondroitin sulfate and not acetaminophen effectively reduces synovitis in patients with knee osteoarthritis :results from a pilot study. Osteoarthritis Cartilage. 2012;20:S283-84.
6. Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Dorais M, Abram F, Haraoui B, Choquette D et al. Prediction of total knee replacement in a 6 month multicenter clinical trial with chondroitin sulfate in knee osteoarthritis: results from a 4 year observation. Osteoarthritis Cartilage. 2012;20:S175.