

Artritis aguda tras inyección intraarticular de ácido hialurónico

Sr. Director: El ácido hialurónico se utiliza en el tratamiento de la artrosis¹. No obstante, en una reciente revisión de la patogenia y tratamiento de la artrosis no se mencionaba como tratamiento². Aunque tiene escasos efectos secundarios de forma ocasional se comunican artritis agudas tras inyección intraarticular del ácido hialurónico³. A continuación, presentamos un caso de artritis aguda secundaria a inyección intraarticular del ácido hialurónico.

Varón de 63 años que acudió a consulta por gonalgia mecánica bilateral de 2 años de evolución. La exploración del aparato locomotor puso de manifiesto derrame bilateral de rodillas, dolor en ambas interlíneas internas de las rodillas y crujidos rotulianos. Se practicó una artrocentesis de rodilla derecha que dio salida a un líquido claro, con 700 células/μl. La radiografía de rodillas evidenció una disminución de interlíneas articulares del compartimiento interno y del compartimiento patelofemoral de ambas rodillas. El examen del líquido articular en el microscopio de birrefringencia no evidenció cristales. Se inició tratamiento con paracetamol 500 mg cada 8 h y aceclofenaco 100 mg por la noche sin mejoría. Se practicaron 3 infiltraciones con ácido hialurónico en la rodilla derecha (Adant®) durante 3 semanas. El paciente refirió mejoría y no presentó reacción secundaria alguna. Un año después se practicaron tres nuevas infiltraciones en la rodilla derecha con ácido hialurónico (Suplasyn®). Tras la tercera infiltración y a las 4 h refirió dolor intenso y gran impotencia funcional que le obligó a acudir a urgencias. Se practicó artrocentesis siendo el cultivo en medios ordinarios negativo. No se practicó examen de cristales. Tras la mejoría el paciente deseó continuar con el tratamiento, iniciándose una nueva tanda de infiltraciones en la rodilla izquierda y presentando de nuevo artritis aguda tras la primera infiltración. La artrocentesis dio salida a 40 ml de un líquido anaranjado con 45.000 leucocitos/μl. El cultivo en medios ordinarios fue negativo y en el microscopio de luz polarizada no se observaron cristales. No se practicó tinción de rojo de alizarina. Se trató con antiinflamatorios no esteroides mejorando en 24 h. Seis meses después no ha presentado brote alguno de dolor y tumefacción.

Las reacciones locales tras las infiltraciones con ácido hialurónico no son raras. Puttick et al lo comunicaron en un 11% de inyecciones practicadas⁴.

Un trabajo reciente describió derrames articulares en 4 pacientes, no constando detalles clínicos o analíticos sobre el mismo¹. La causa de la artritis postinyección intraarticular de ácido hialurónico es variable. Se han descrito varios casos de artritis agudas secundarias a cristales de urato monosódico y pirofosfato cálcico⁵⁻⁷. En cambio en los exámenes del líquido articular con tinciones especiales (rojo de alizarina) no se han evidenciado cristales de hidroxapatita⁸. La patogenia de estas artritis es desconocida, especialmente en los casos en que no se aíslan cristales en el líquido articular, barajándose diversas teorías: vía de abordaje, aditivos del fármaco o pequeños fragmentos de degradación del ácido hialurónico que pueden actuar como mediadores inflamatorios^{8,9}. El peso molecular de los diferentes ácidos hialurónicos existentes en el mercado no parece ser una razón concluyente para la aparición de estas uretritis, dado que se han descrito con varios de ellos³. Las manifestaciones clínicas son de carácter agudo y el derrame, de cantidad considerable⁴. La artrocentesis y la infiltración intraarticular de un fármaco son procedimientos que tienen un riesgo de infección y, por tanto, la conducta ante una hipotética artritis aguda postinyección intraarticular de ácido hialuronato debe ser reglada: cultivo, recuento celular y examen de cristales con el microscopio de luz polarizada.

Alejandro Olivé y J. Costa

^aServicio de Reumatología. ^bServicio de Farmacología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Bibliografía

1. Moller I, Larrea A, Roig D, García Pérez S, Iborra J, Samedro J et al. Un estudio de seguimiento multicéntrico en pacientes con gonartrosis tratado con inyecciones intraarticulares de ácido hialurónico. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 337-345.
2. Felson T, Lawrence RC, Hochber MC, McLindon T, Dieppe P, Minor MA et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2001; 133: 726-737.
3. Bernadeau C, Bucki B, Liote F. Acute arthritis after intra-articular hyaluronate injection: onset of effusions without crystal. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 518-520.
4. Puttick MPE, Wade JP, Chalmers A, Connel DG, Rangno KK. Acute local reactions after intra-articular Hylan for osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 1995; 22: 1311-1314.
5. Maillefert JF, Hirschhorn P, Pascaud F, Piroth C, Tavernier C. Acute attack of chondrocalcinosis after intraarticular injection of hyaluran. *Rev Rhum (Engl)* 1997; 10: 593-594.
6. Luzar MJ, Altawil B. Pseudogout following intra articular injection of sodium hyaluronate. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 939-941.
7. Yacyshyn EA, Matesson EL. Gout after intra articular injections of Hylan (CF-20 (Synvisc)). *J Rheumatol* 1999; 26: 2717.
8. Pullman SL, Mooar S, Mooar P, Sieck M, Clayburne G, Schumacher HR Jr. Are there distinctive after Hylan GF Intraarticular injections [abstract]. *Arthritis Rheum* 1999; 42 (Supl): 55.
9. Martens PB. Bilateral symmetric inflammatory reaction to hylan G-F 20 injection. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 978-979.