



# OSTEOARTRITIS

## TRATAMIENTO

**Dr. Oscar Luis Rillo**  
**Htal. General de Agudos "Ignacio Pirovano"**



*Secretaría de Salud - Gob. Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

# TRATAMIENTO

## CONSIDERACIONES

- **LOCALIZACIÓN:**

Tratamiento Local vs. Sistémico

Ej. OA Fémoro-Patelar.

- **ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD**

Fase Inflamatoria: Brusco Aumento del dolor; Rigidez matinal de varios minutos; Sinovitis; Derrame articular; Dolor nocturno.

- **SEVERIDAD:**

Daño Estructural

# An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)

*Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP y col. Semin Arthritis Rheum 2014; 44:253–63*

## PRINCIPIOS Y ACCIONES BÁSICAS

**Tratamiento No-Farmacológico y Farmacológico**

**Núcleo Central de las Recomendaciones: Acciones Básicas**

Información/Educación; Disminuir el sobrepeso; Programa de ejercicios



# Educational Needs Assessment Tool (ENAT)

- \* **Comprende 39 preguntas en 7 dominios:**

*control del dolor, movimiento, sentimientos, artritis, tratamiento, tratamientos que podría hacer por su propia cuenta y ayuda que puede recibir de otras personas.*

- \* **Cada uno de ellos tiene 5 categorías (de 0 a 4):**

"Nada importante", "poco importante", "bastante importante", "Muy importante" y "Extremadamente importante".

- \* **Puntaje de las “*Necesidades Educativas*” de 0 a 156.**

# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Reducción del peso corporal (N. Evidencia I: ECCA y Meta-análisis)

Desarrollo de OA: IMC > 30 → Riesgo 4 veces mayor que un IMC > 25.

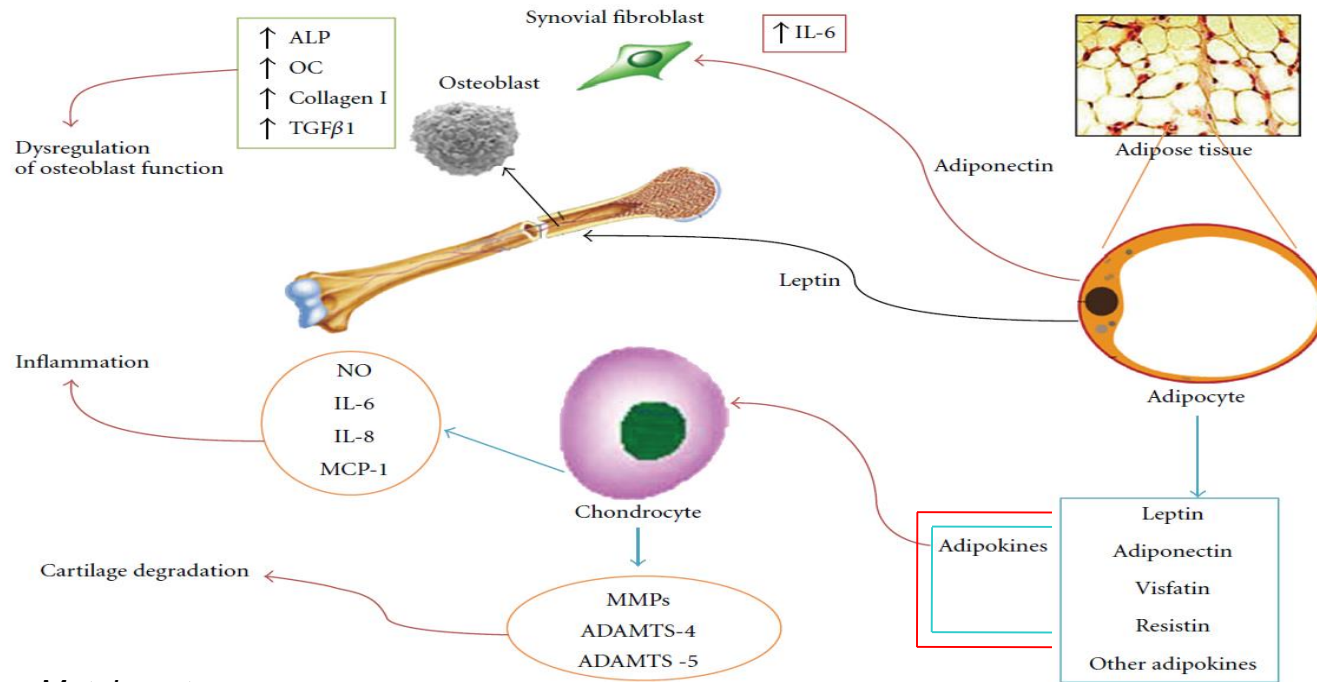
Disminución del 10% del IMC mejora el dolor y la función.

- Mejorar la alineación:

Varo + Obesidad: predictor de progresión de OA ..... Nivel de Evidencia I

- Ejercicios para mejorar y/o mantener:

***“El 67% de los pacientes con OA reciben prescripciones para AINEs, sólo el 2.3% para ejercicios”***



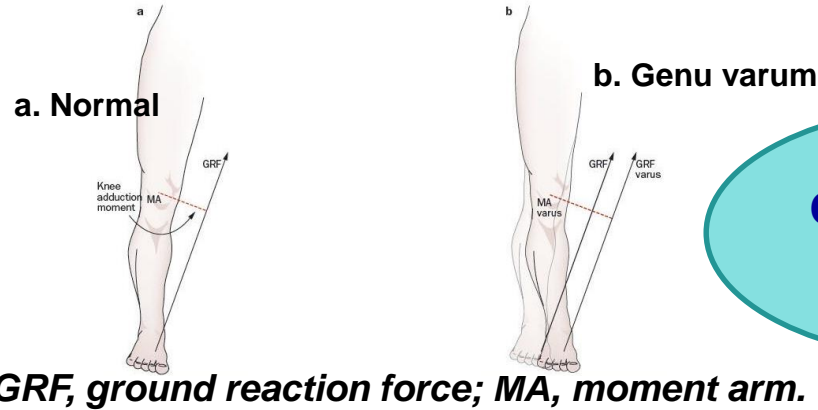
**MMPs:** *Metaloproteasas*

**MCP-1:** *Proteína-1 Quimiotáctica de Monocitos.*

**ADAMTS- 4 y 5 (Desintegrina y metaloproteasas/Trombosposdin):** *Agrecanasas.*

# Obesidad

- Asociada al varo de rodilla es un **fuerte predictor** en la progresión de OA (**OR de 4,09** en OA medial; el valgo se asocia con un **OR de 4,89** en OA lateral).



- Fuerte F. de Riesgo para la OA de la mano (“Fenotipo Metabólico”).
- Disminución de 5 kg se asoció a reducción del dolor a la mitad.
- Disminución considerable del peso corporal: 5% en 20 semanas (0.25% por semana).

# Ejercicios: Objetivos

## Mejorar y mantener:

- 1- El rango de movimiento articular (ROM).
- 2- La fuerza y resistencia muscular.
3. Prevenir o corregir contracturas.
4. La densidad mineral ósea.
- 5- La función.
- 6- La coordinación y propiocepción.
- 7- La capacidad aeróbica.

***“El 67% de los pacientes con OA reciben prescripciones para AINEs, sólo el 2.3% para ejercicios”***

# TIPOS DE EJERCICIOS

- **Aeróbicos (terrestres o acuáticos):**  
Moderados; Intensos.
- **Recreativos:**  
Bajo y alto impacto.
- **Posturales, Funcionales y de Equilibrio.**
- **De movilización:**  
Pasivos (objetivo: ROM); Activos; Activos-Asistidos.
- **De fortalecimiento (de acuerdo al grado de contracción muscular):**  
Isométricos; Isotónicos (dinámicos) e Isocinéticos.

**A) Isométricos (muy utilizados; por ej. Mejorar la fuerza del cuadriceps):**

No hay desplazamiento del segmento. La fuerza muscular no supera la resistencia externa.



**B) Isotónicos (Mejoran la fuerza y resistencia):**

Existe desplazamiento del segmento.

Mayor potencia de cuadriceps al elevar la pierna.



## C) Ejercicios Isocinéticos

Existe una ***contracción máxima a velocidad constante*** en todo el movimiento, independientemente del ángulo articular. Representa una valoración dinámica de la fuerza muscular que se puede representar gráficamente.



# Ejercicios de Propiocepción









## **Férulas:**

**Semirígidas , cortas (abarcán el carpo y base del pulgar)**

**Junto a los ejercicios de pinza y abducción mejoran el dolor y la función.**

**Baños de parafina.**

# Ortesis

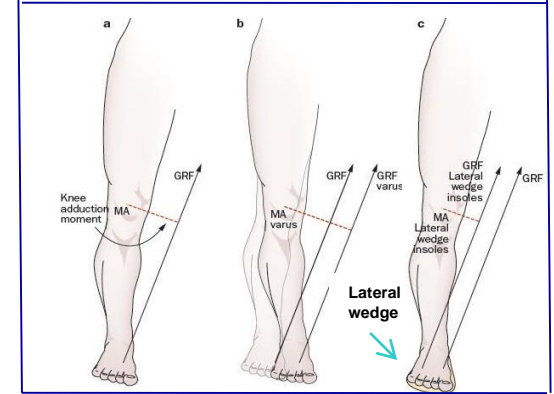


**Plantillas:** En la OA tibio-femoral son un complemento útil; mejoran el “stress” tibio-femoral.

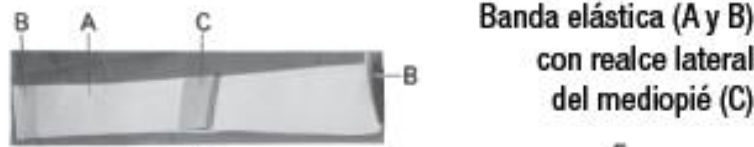
**Realce lateral (“osteotomía médica”)** Toma el mediopie, con vendaje en 8 para descargar el compartimento Medial (genu varo).  
Ev. Adv.: Dolor lumbar, poplíteo o plantar.



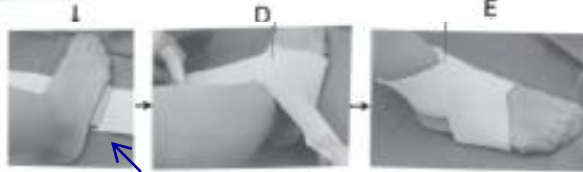
3mm Lateral Wedge



GRF, ground reaction force; MA, moment arm.



Vendaje en ocho rodeando el tobillo (D) y la articulación subtalar (E)



*Toda Y. Arthritis Rheum 2002; 47(5): 468-473*



**“Taping”; vendas elásticas :  
Disminuyen la carga patelo-femoral**



**Estabilizador rotuliano**

# **Agentes físicos (Fisioterapia)**

**Estímulos térmicos, eléctricos o lumínicos, producen a través de señales intracelulares, por ejemplo:**

- Inhibición de las fibras de dolor (A $\delta$  y C).
- Aumento de la actividad enzimática.
- Analgesia y mayor síntesis de proteoglicanos.

***En general, todos están contraindicados en pacientes embarazadas, con tumores o marcapasos cardíaco.***

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARACETAMOL EN OA

Nivel de Evidencia I (ECCA; Meta-análisis)

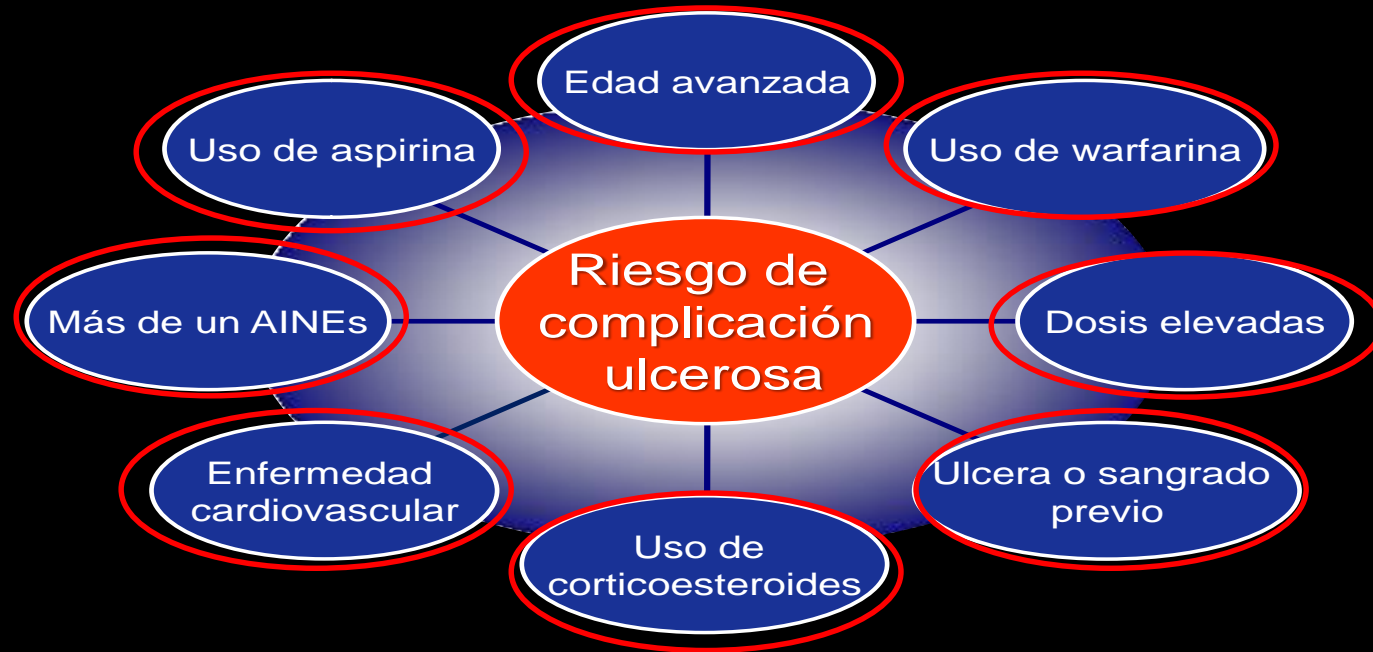
- Es un analgésico efectivo para el tratamiento del dolor moderado, sobre todo en pacientes con OA de comienzo reciente.
- Es menos efectivo que los AINEs para controlar el dolor en pacientes con OA

Dosis superiores a 2g/Día? —————> **NO ES ACONSEJABLE UTILIZARLAS**

***Prolonga la VM de la Warfarina —————> Monitoreo del Tiempo de Protrombina***

*E.M. Hyiek . JAMA 1998; 279: 657-62*

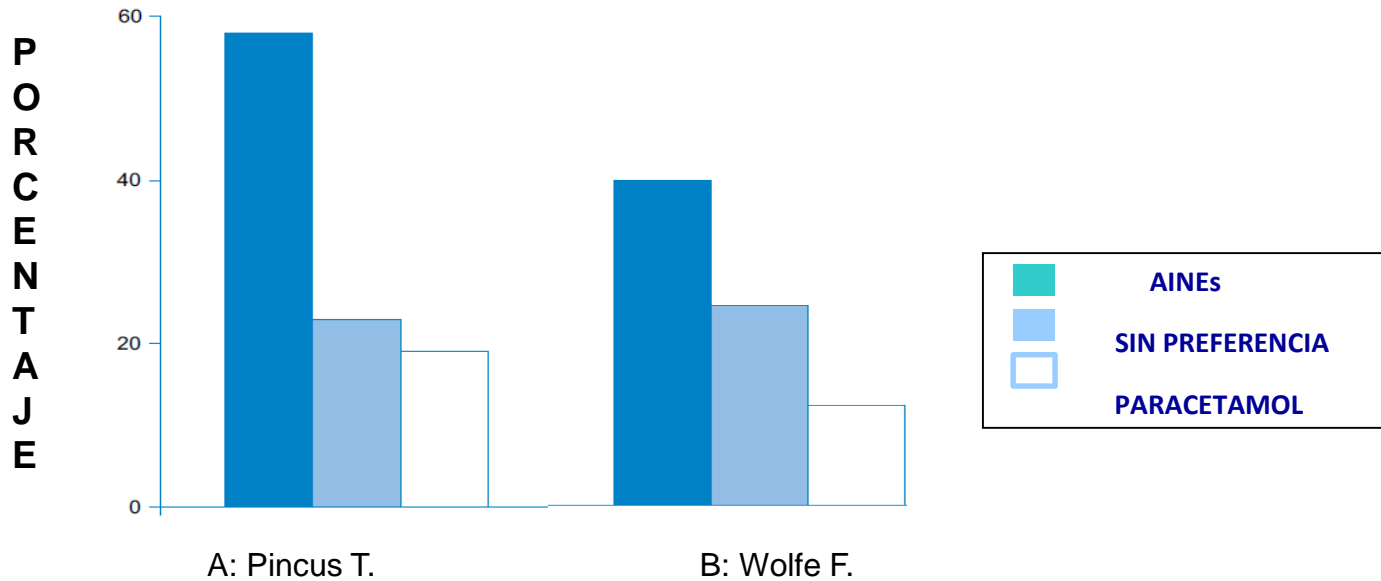
# FACTORES DE RIESGO PARA LAS COMPLICACIONES DE LAS ÚLCERAS GI



***Identificar pacientes en riesgo***

***Estrategias preventivas?***

# Preferencia de los pacientes para controlar el dolor en pacientes con OA de rodilla o cadera.



*Pincus T, Koch GG, Sokka T, et al. A randomized, double-blind, crossover clinical trial of diclofenac plus misoprostol vs acetaminophen in patients with osteoarthritis of the hip or knee. Arthritis Rheum 2001; 44: 1587-98.*

*Wolfe F, Zhao S & Lane N. Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients: a survey of 1,799 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. Arthritis Rheum 2000; 43: 378-85.*

# ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

## Orales o Sistémicos

- Los AINEs (Anti COX No Selectivos, COX2 Selectivos y COX2 Altamente Selectivos) son superiores al Paracetamol para controlar el dolor (pacientes con OA de rodilla y/o cadera). Uso Tópico o Sistémico.
- Utilizarlos a la menor dosis, el menor tiempo posible y con “cautela si hay factores de riesgo CV”; con protección gástrica y/o Anti COX2 Altamente Selectivo (COXIBs) si hay factores de riesgo para toxicidad gastrointestinal; son Hepatotóxicos.
- **Precaución** con todos ellos en pacientes con alto riesgo de enfermedad cardíaca y/o cerebrovascular isquémica y/o Insuficiencia Renal (FG < 30ml/min).

# **AINES TÓPICOS EN OA**

## **AINES de uso tópico disponibles:**

- Diclofenac en gel y parches (dietilamina)
- Diclofenac tópico en dimetil sulfoxido (o gotas)
- Ibuprofeno crema

# CAPSAICINA TÓPICA: RESUMEN

- Se recomienda en 7/9 Guías para mejorar dolor y función en OA (rodillas y mano)
- Fuerza de Recomendación 85% (95% CI 75-95). (GPC OARSI II). NE I
- Como “Adyuvantes” o en pacientes intolerantes o no respondedores a otros tratamientos.



Central pain processing

Duloxetine

Opiates

Serotonin–norepinephrine  
reuptake inhibitors

Dorsal root ganglion

Cannabinoids

Opiates



OA joint

Effusion—Aspiration, corticosteroids

Capsaicin

Hyaluronan; Glucosamine; Chondroitin

Synovium—NSAIDs, corticosteroids

Anti-NGF



Tanezumab ; Otros?

Bisphosphonates

# Duloxetina Added to Oral Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for Treatment Of Knee Pain Due to Osteoarthritis: Results of a Randomized, Double-blind, Placebo – Controlled Trial

*Frakes E. Curr Med Res Opin 2011; 27: 2361-72*

524 Pacientes (264 Duloxetina y 260 Placebo); OA de rodilla y dolor severo, **sin respuesta** a AINEs.

Duloxetina: 30 mg/día 1 semana; 60 mg/día 2 semanas; dosis escalada hasta 120 mg/día Vs. Placebo; durante 10 semanas.

## **Resultados: Grupo Duloxetina Vs. Placebo**

Mejoría del dolor y de la función ( $p < 0.001$ ) en la semana 8.

E. Adv. más frecuentes ( $p < 0.005$ )

Discontinuación: 15% y 8% duloxetina vs. placebo respectivamente ( $p=0.03$ )

# OPIOIDES

- ▶ Dosis recomendadas para dolor moderado a severo, ante fallo de la medicación analgésica previa (paracetamol, AINEs):

Codeína ≤ 240 mg/día

Tramadol 100-200 mg/día

Buprenorfina parches 5 – 40 mcg/hora

Fentanilo parches 12,5 – 100 mcg/hora

Oxicodona ≤ 40 mg/día

- ▶ Los analgésicos opioides, con o sin paracetamol son efectivos para la artrosis de rodilla y cadera.
- ▶ El empleo de opioides potentes debería reservarse para circunstancias excepcionales

# FACTOR DE CRECIMIENTO NEURAL HUMANO (NGF)

- Factor Neurotrófico; acción sobre neuronas simpáticas y sensoriales
- Estimula los receptores Tirocin Kinasa A (TrKA) y el p 75
- Nociceptores periféricos: dependientes del NGF; expresan TrKa y p75.
- El NGF procesa el dolor después que el nociceptor se estimula.
- Dolor Inflamatorio o Neuropático: Niveles ↑ del NGF
- Recluta mastocitos e induce a liberar proteínas inflamatorias

**Tanezumab, a Recombinant Humanized mAb Against Nerve Growth Factor for the Treatment of Acute and Chronic Pain.**

*A. Cattaneo. Curr Opin Mol Ther 2010; 12: 94-106*

# **Efficacy and safety of tanezumab added on to diclofenac sustained release in patients with knee or hip osteoarthritis: a double-blind, placebo controlled, parallel-group, multicentre phase III randomised clinical trial**

OA de rodillas o caderas: 604 Pacientes; Tanezumab 2.5 mg, 5 mg y 10 mg (IV cada 8 Semanas) agregado a Diclofenac de liberación sostenida vs. Placebo.

Evaluaciones: dolor, función (semana 32).

**Conclusions** Addition of tanezumab to DSR resulted in significant improvements in pain, function and global assessments in patients with OA. Although no new safety signals were observed, the higher incidence of adverse events in the tanezumab+diclofenac group suggests that combination therapy is unfavourable. Further investigations of tanezumab monotherapy for OA pain treatment are required.

# Effect of Tanezumab on Joint Pain, Physical Function, and Patient Global Assessment of Osteoarthritis Among Patients With Osteoarthritis of the Hip or Knee A Randomized Clinical Trial

*Schnitzer T, et al. JAMA. 2019 Jul 2;322(1):37-48*

**OBJECTIVE** To assess 2 subcutaneous tanezumab dosing regimens for OA.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** A randomized, double-blind, multicenter trial from January 2016 to May 14, 2018 (last patient visit). Patients enrolled were 18 years or older with hip or knee OA, inadequate response to OA analgesics, and no radiographic evidence of prespecified joint safety conditions.

**INTERVENTIONS** Patients received by subcutaneous administration either tanezumab, 2.5 mg, at day 1 and week 8 (n = 231); tanezumab, 2.5 mg at day 1 and 5 mg at week 8 (ie, tanezumab, 2.5/5 mg; n = 233); or placebo at day 1 and week 8 (n = 232).

**MAIN OUTCOMES AND MEASURES** Co-primary end points were change from baseline to week 16 in Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) Pain (0-10, no to extreme pain), WOMAC Physical Function (0-10, no to extreme difficulty), and patient global assessment of osteoarthritis (PGA-OA) (1-5, very good to very poor) scores.

**RESULTS** Among 698 patients randomized, 696 received 1 or more treatment doses (mean [SD] age, 60.8 [9.6] years; 65.1% women), and 582 (83.6%) completed the trial. From baseline to 16 weeks, mean WOMAC Pain scores decreased from 7.1 to 3.6 in the tanezumab, 2.5 mg, group; 7.3 to 3.6 in the tanezumab, 2.5/5 mg, group; and 7.3 to 4.4 in the placebo group (least squares mean differences [95% CI] vs placebo were -0.60 [-1.07 to -0.13; P = .01] for tanezumab, 2.5 mg, and -0.73 [-1.20 to -0.26; P = .002] for tanezumab, 2.5/5 mg). Mean

WOMAC Physical Function scores decreased from 7.2 to 3.7 in the 2.5-mg group, 7.4 to 3.6 in the 2.5/5-mg group, and 7.4 to 4.5 with placebo (differences vs placebo, -0.66 [-1.14 to -0.19; P = .007] for tanezumab, 2.5 mg, and -0.89 [-1.37 to -0.42; P < .001] for tanezumab, 2.5/5 mg). Mean PGA-OA scores decreased from 3.4 to 2.4 in the 2.5-mg group, 3.5 to 2.4 in the 2.5/5-mg group, and 3.5 to 2.7 with placebo (differences vs placebo, -0.22 [-0.39 to -0.05; P = .01] for tanezumab, 2.5 mg, and -0.25 [-0.41 to -0.08; P = .004] for tanezumab, 2.5/5 mg). Rapidly progressive OA occurred only in tanezumab-treated patients (2.5 mg: n = 5, 2.2%; 2.5/5 mg: n = 1, 0.4%). The incidence of total joint replacements was 8 (3.5%), 16 (6.9%), and 4 (1.7%) in the tanezumab, 2.5 mg; tanezumab, 2.5/5 mg; and placebo groups, respectively.

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** Among patients with moderate to severe OA of the knee or hip and inadequate response to standard analgesics, tanezumab, compared with placebo, resulted in statistically significant improvements in scores assessing pain and physical function, and in PGA-OA, although the improvements were modest and tanezumab-treated patients had more joint safety events and total joint replacements. Further research is needed to determine the clinical importance of these efficacy and adverse event findings.

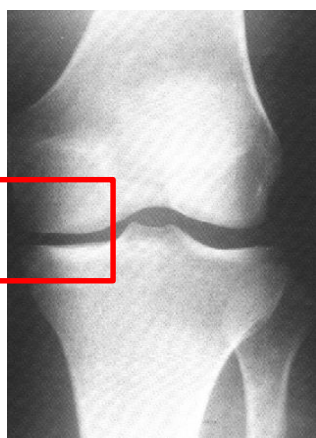
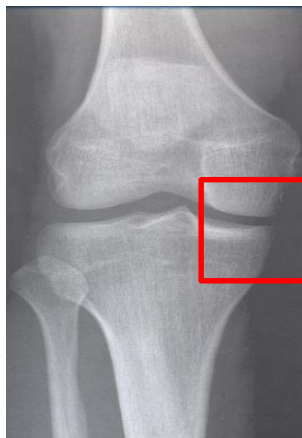
*Tanezumab for Painful Osteoarthritis. Katz JN. JAMA. 2019 Jul 2;322(1):30-32*

# **DROGAS MODIFICADORAS de los SÍNTOMAS de la OA** **("Acción Lenta"; SYSADOA)**

- **SULFATO de GLUCOSAMINA**
- **CONDROITÍN SULFATO**
- **DIACEREÍNA**
- **INSAPONIFICABLES DE SOJA Y PALTA**
- **ÁCIDO HIALURÓNICO**

**MODIFICADORAS  
DE LA  
ESTRUCTURA (DMOAD)**

# PINZAMIENTO FÉMORO-TIBIAL



**Fase  
Tardía**

# Sulfato de Glucosamina

- **OA de Rodilla:** Sería beneficiosa para mejorar el dolor, la función y retardar el daño estructural
- Tratamiento continuo y adecuado a la respuesta de cada paciente.
- **OA de Cadera:** **No** sería beneficiosa para mejorar el dolor ni el cambio estructural.

# Condroitín Sulfato

- **OA de rodilla:** Sería beneficioso para tratar el dolor, mejorar la función y el cambio estructural en la OA de rodilla.
- Al no metabolizarse por el citocromo P450 no interactúa con otros medicamentos.
- **Farmacovigilancia:** no presenta EAS.

# DIACEREÍNA

**INHIBIDOR “IN VITRO E IN VIVO DE LA PRODUCCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA IL-1 $\beta$  y DE LAS MMP-1 Y MMP-3 (COLAGENASA y ESTROMELISINA)**

## CONCLUSIÓN

### Nivel de Evidencia I

**“La diacereína disminuye el dolor en la OA de cadera y rodilla; retardaría el daño estructural (progresión radiológica) sólo en OA de cadera ”**

# Randomised, controlled trial of avocado–soybean unsaponifiable (Piascledine) effect on structure modification in hip osteoarthritis: the ERADIAS study

*Maheu, Et al. Ann Rheum Dis 2014;73:376–384.*

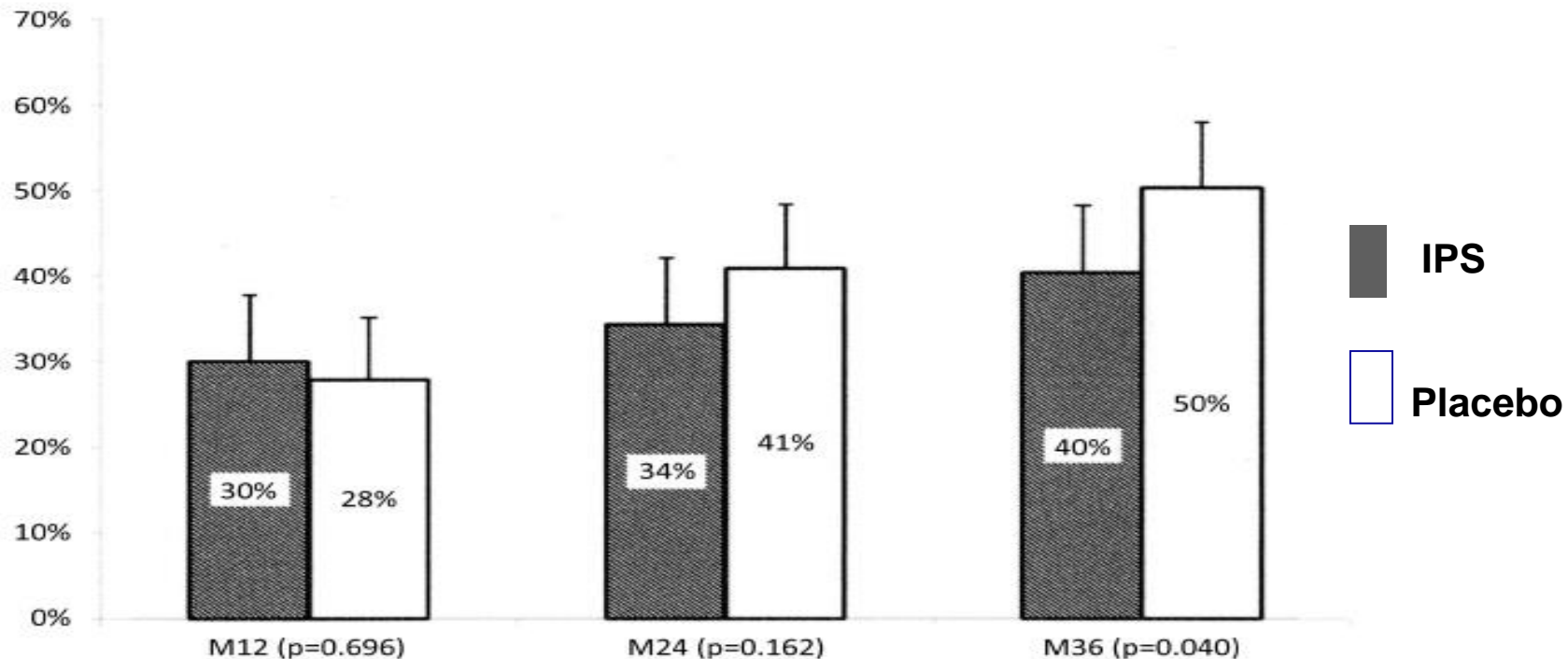
## Objetivo

- Evaluar al ISP en su capacidad de retardar la progresión radiográfica en pacientes con **OA de cadera**.

## Método

- ECCA a 3 años en pacientes con **coxartrosis sintomática** y un mínimo de espacio articular entre 1 y 4 mm en Rx de cadera.  
Asignados a IPS 300 mg/día o Placebo.
- Anualmente: Rx panorámica de pelvis, Rx de la cadera en estudio (A-P y FPL).
- **Ojetivo primario:** medir a los 3 años los cambios producidos en el espacio articular (en el sitio más estrecho).

## Progresión radiográfica



### Conclusión

El tratamiento a 3 años con IPS redujo el porcentaje de “progresores en el pinzamiento articular”, indicando un **efecto estructural** sobre la OA de cadera.

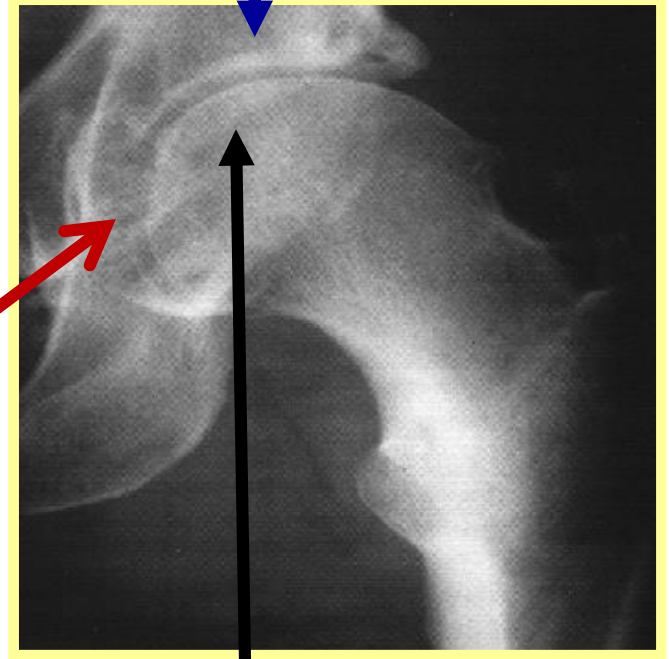
**GLUCOSAMINA:**

Disminuye el Dolor; Mejora la Función;  
Retarda el Daño Estructural

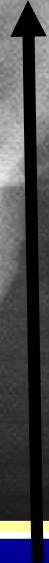
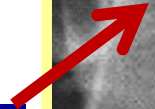
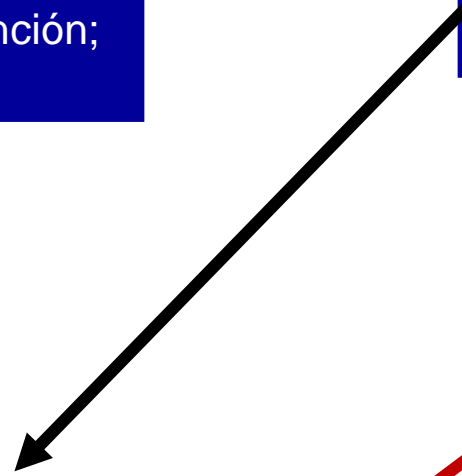


**DIACEREINA:**

Mejora el dolor



**INSAPONIFICABLES**  
Dolor  
Estructura

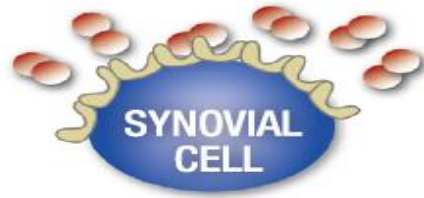


**DIACEREINA:**

Retarda el Daño Estructural

# Modelo de unión del Ácido Hialurónico a la superficie del fibroblasto sinovial.

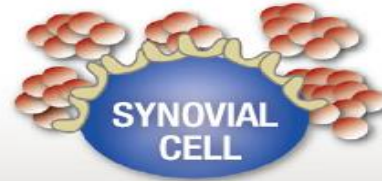
Smith MM, y col. *Rheumatol Int* 1987; 7:113–22.



MW < 500,000

**LOW LINK AFFINITY**

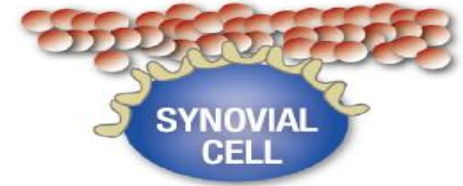
No stimulation  
of biosynthesis of H.A.



$500,000 \leq \text{MW} \leq 4,000,000$

**HIGH LINK AFFINITY**

Optimum stimulation  
of biosynthesis of H.A.



MW > 4,000,000

**STERIC VOLUME**

Limited stimulation  
of biosynthesis of H.A.

HA: Ácido Hialurónico (Hialuronato sódico). MW: Peso Molecular.

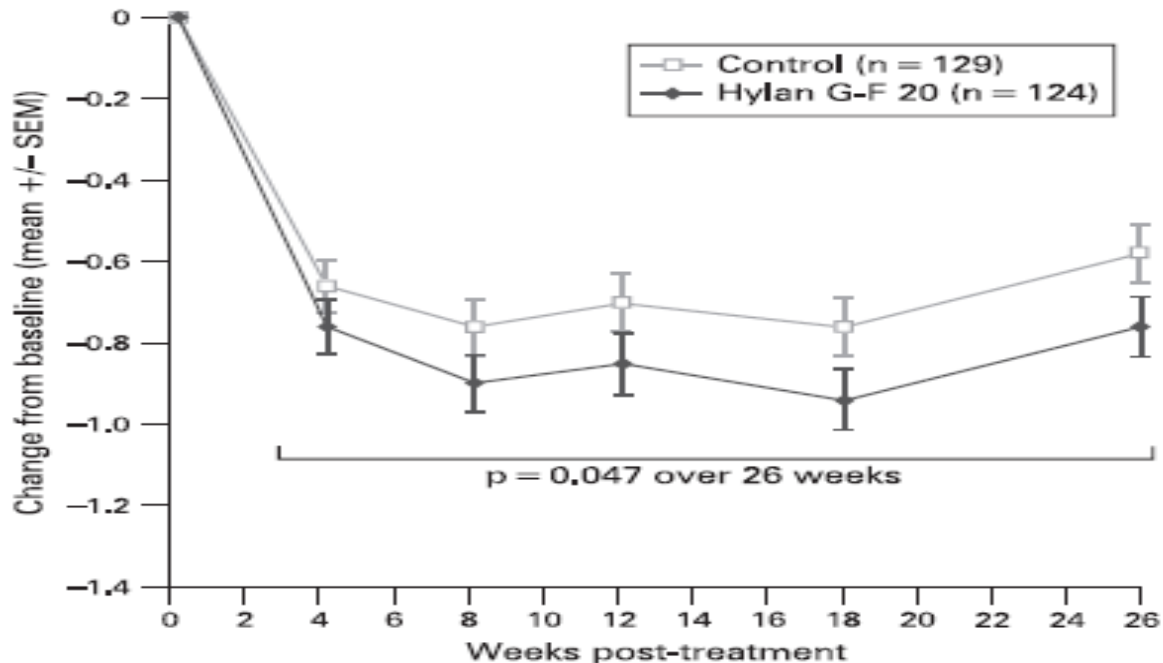
*Hyalgan*<sup>R</sup> 0.5 a 0.73 MDaltons; *Hyalart*<sup>R</sup> 0,5 e 1,2 MDaltons.

*Ostenil*<sup>R</sup> y *Maxi Ostenil*<sup>R</sup>: AH de 1.6 MDaltons (promedio; *Cruzal*: similar). *GF 20 Sinvisc One*<sup>R</sup> (*GF 20*): 6 MDaltons.

*Ostenil*<sup>R</sup> y *Maxi Ostenil*<sup>R</sup>: Obtenido de procesos fermentativos bacterianos; *Sinvisc One*<sup>R</sup>: Cresta de gallo.

# Single, Intra-articular Treatment with 6 ml Hylan G-F20 in Patients with Symptomatic Primary Osteoarthritis of Knee: a Randomised, Multicentre, Double-Blind, Placebo Controlled Trial

*X. Chevalier. Ann Rheum Dis 2010; 69: 113-9*



**Figure 2** Mean change from baseline in the Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) Osteoarthritis Index A (pain), intent-to-treat population.

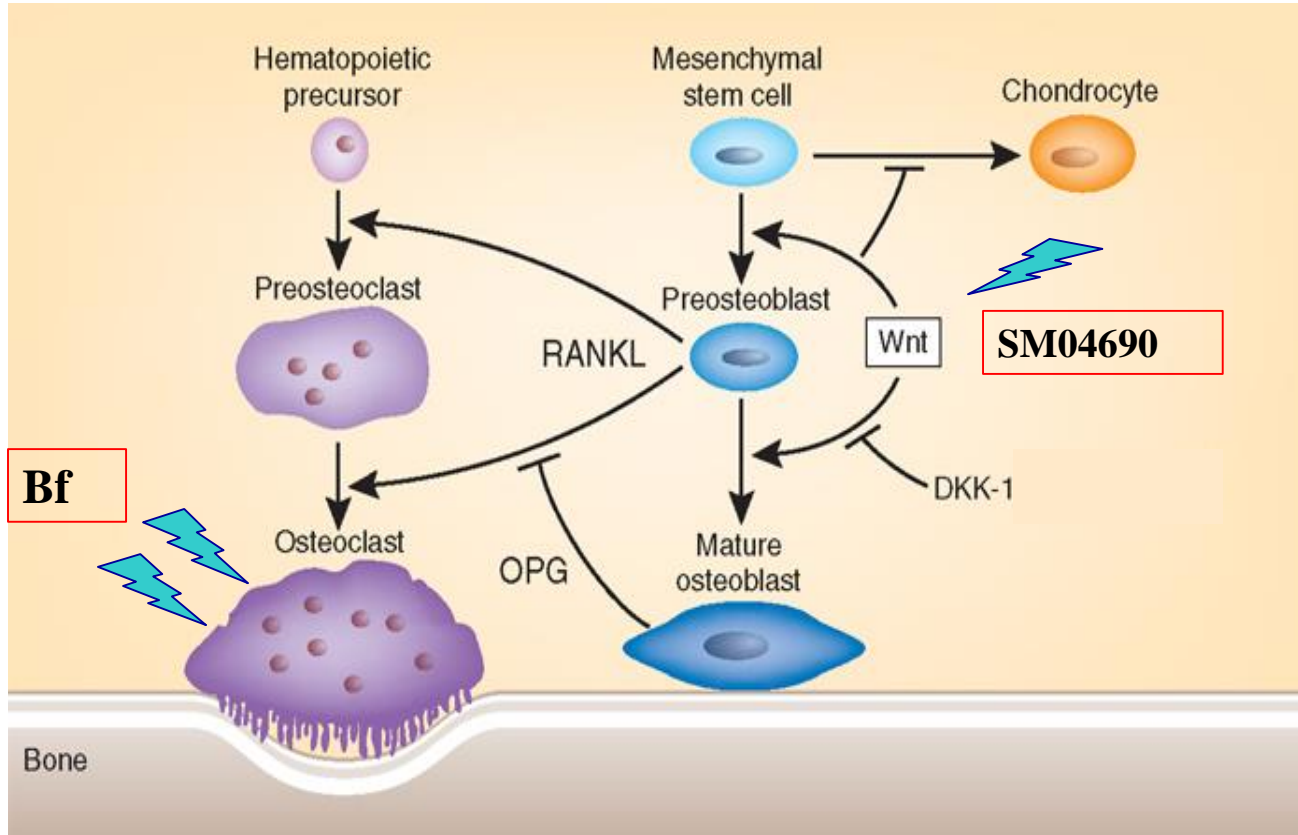
# Dickkopf-1 is a master regulator of joint remodeling.

*Diarra D, et al. Nat Med. 2007 Feb;13(2):156-63*

- Al inhibir el Dickkopf-1 (DKK-1), una molécula reguladora de la vía Wnt, se revierte el patrón destructivo óseo de un modelo de ratón de artritis reumatoide al patrón de formación de hueso: osteoartritis.
- Estos resultados sugieren que la **vía Wnt es un regulador clave de la remodelación articular.**

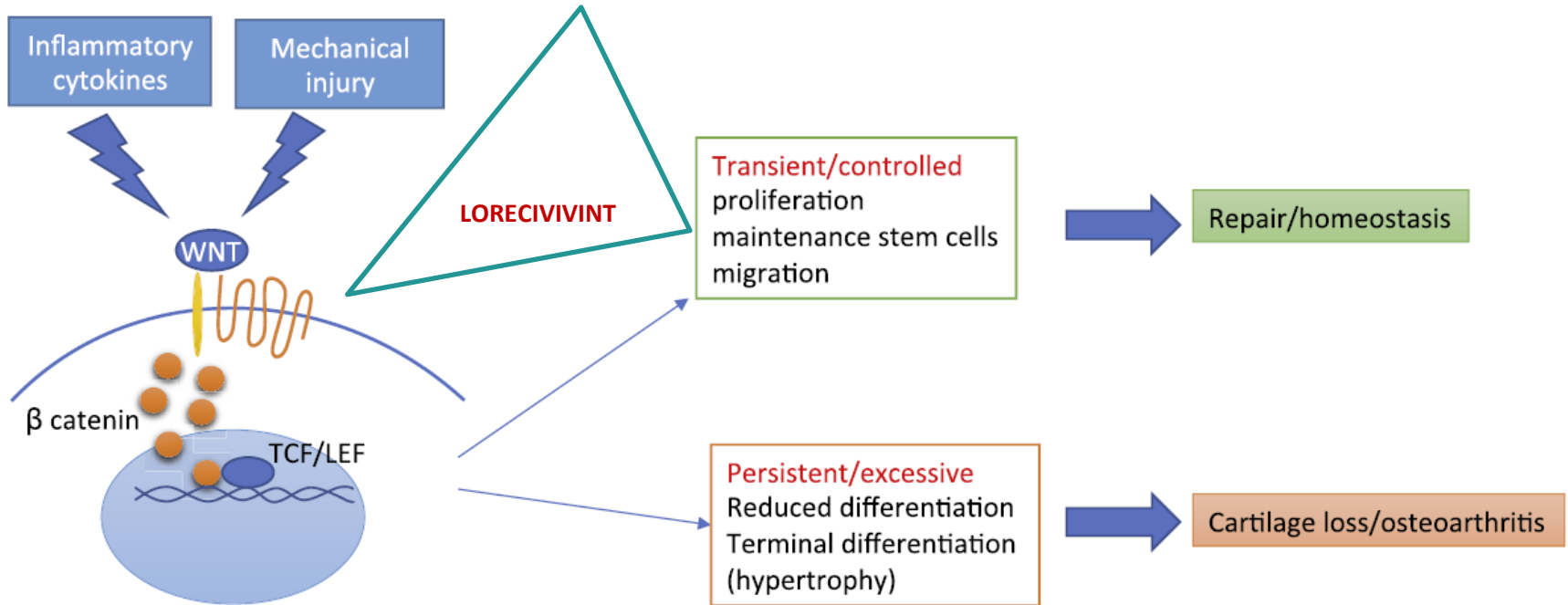
# Eating bone or adding it: the Wnt pathway decides.

*Goldring SR; Goldring MB. Nature Medicine 2007; 13:133–4.*



# Pharmacological blockade of the WNT-beta-catenin signaling: a possible first-in-kind DMOAD.

*Dell'Accio F, Cailotto F. Osteoarthritis Cartilage 2018 Jan;26(1):4-6.*



**Fig. 1.** Inflammatory and mechanical stimuli activate canonical WNT signaling in cartilage. Controlled and transient activation ensures that homeostatic events take place and supports stem cell renewal. Excessive activation leads to osteoarthritis.

*Tambiah J, et al. Arthritis Rheumatol. 2018; 70 (suppl 10).*

# An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)

*Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP y col. Semin Arthritis Rheum 2014; 44:253–63*

## ESTADÍO 1: Tratamiento Farmacológico

*Paciente sintomático (Enfermedad reciente).  
Dolor y/o daño radiológico leve o moderado.*

*Dolor y severidad global por parte del paciente (escalas)*

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor máximo

*Función( Cuestionario WOMAC Ab)*

**SYSADOAS (Fármacos Sintomáticos de Acción Lenta) de uso crónico:  
Sulfato de Glucosamina y/o Condroitín Sulfato con o sin paracetamol.**

*Otro SYSADOA.....*

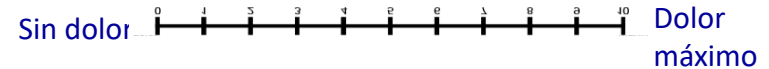
# An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)

*Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP y col. Semin Arthritis Rheum 2014; 44:253–63*

## ESTADÍO 1: Tratamiento Farmacológico

*Paciente sintomático (Enfermedad reciente).  
Dolor y/o daño radiológico leve o moderado.*

*Dolor y severidad global por parte del paciente (escalas)*



*Función( Cuestionario WOMAC Ab)*

**SYSADOAs (Fármacos Sintomáticos de Acción Lenta) de uso crónico:  
Sulfato de Glucosamina y/o Condroitín Sulfato con o sin paracetamol**

Si persiste sintomático (según clinimetría) agregar AINEs Tópicos (o capsaicina).

Si continúa sintomático

## ESTADÍO 2: Tratamiento Farmacológico Avanzado (dolor moderado o severo)

*Sulfato de Glucosamina y/o Condroitín Sulfato*



AINEs Continuos o intermitentes

*“El SG y/o el CS permitirían **disminuir la dosis** y el **tiempo de empleo** de los AINEs”*

### Riesgo Normal

- AINEs no selectivos (tradicionales).
- COX-2 específicos  
o
- COX-2 Selectivos (Coxibs)  
“Considerar los IBP”

### Riesgo GI elevado (Incluyendo bajas dosis AAS)

- COX-2 Selectivos + IBP
- Evitar los AINEs no selectivos

### Riesgo CV elevado

- Naproxeno
- Evitar altas dosis de Diclofenac, Ibuprofeno (sobre todo si se utiliza dosis bajas de AAS)
- Evitar COX-2 selectivos

### Riesgo renal aumentado (FG < 30ml/min)

- Evitar AINEs



**Persistencia de los síntomas**



**Tratamiento intra-articular: Glucocorticoides; Ácido Hialurónico**

Fracaso de los tratamientos anteriores

## Intentos Farmacológicos Finales

Opioides débiles  
Duloxetina

## Estadio Final de la enfermedad

Muy sintomático y pobre calidad de vida

## Cirugía

Opioides si está contraindicado el reemplazo articular



## OSTEOARTRITIS EROSIVA



**CRITERIO DE CLASIFICACIÓN:** Criterios ACR para OA de manos y erosiones centrales (“alas de gaviota”) en al menos 2 IF diferentes. Excluir pacientes con afección de MCF.

# OSTEOARTRITIS EROSIVA: TRATAMIENTO

- ▶ Hidroxicloroquina: Sólo 3 trabajos mencionados en la literatura (1993, 1995 y 1996): MUY DISCUTIDO

*CR Robertson. Arthritis Rheum 1993; 36: 167*

*R Bryant . J Rheumatol 1995; 22:1527*

*L J Punzi. J Rheumatol 1996; 23: 1477*

- ▶ Escasos pacientes; empleo de OH Cloroquina 400 mg/día.

Superior a los AINEs; Mejora la sinovitis, dolor y rigidez matinal

- ▶ MTX; Sales de Oro

*L. Belhorn; E. Hess. Sem Arthritis Rheum 1993; 22:298 ....N. Evidencia V*

- ▶ Condroitin sulfato; diacereína; Otros

# Crterios de respuesta OMERACT – OARSI

Gran mejoría en el dolor o la función correspondiente a una mejoría porcentual  $\geq$  50 % de cambio absoluto de la medición:

SI

RESPUESTA

NO

Mejoría  $\geq$  20% en al menos 2 de los 3 siguientes:

☀ DOLOR

⚙ FUNCIÓN

⚙ EVA GLOBAL DEL PACIENTE

SI

RESPUESTA

NO

SIN RESPUESTA







**Muchas Gracias  
por su Atención**

