

Consulta terapèutica 17722

Palabras clave

[OSTEOARTHRITIS]

Medicamentos

[HIALURONATO SODICO] [M01AX25] [DIACEREINA] [M01AX21] [CONDROITIN SULFATO] [M09AX01]
[M01AX05] [GLUCOSAMINA SULFATO]

Temáticas

[Selección] [Eficacia]

Poblaciones

[No procede]

© Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Vall d'Hebron, P Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona. Tel: 93 428 30 29 - 93 428 31 76. Fax: 934894109. Web: <http://www.icf.uab.es>
La Fundació Institut Català de Farmacologia es independiente de los laboratorios farmacéuticos y de las administraciones sanitarias. No tiene ánimo de lucro y promueve un uso óptimo de los medicamentos.

La información contenida en este documento no puede ser utilizada para anuncios, publicidad u otra promoción de ventas, ni puede ser reproducida sin autorización escrita.



Pregunta

Lugar en terapéutica de los fármacos de acción lenta para el tratamiento de la artrosis.

Respuesta

El tratamiento de la artrosis va dirigido fundamentalmente al alivio del dolor y a la mejoría de la capacidad funcional. Desde su introducción, ha habido polémica sobre la eficacia de los denominados fármacos sintomáticos de acción lenta en la artrosis (SYSADOA, de symptomatic slow action drug osteoarthritis), entre los que se incluyen la glucosamina, el condroitín sulfato, el ácido hialurónico y la diacereína.

Los resultados de dos metanálisis de los primeros ensayos clínicos con sulfato de glucosamina en pacientes con artrosis de rodilla mostraron un efecto analgésico modesto a corto plazo. Sin embargo, no se puede descartar un sesgo de publicación. Estudios posteriores no han confirmado este efecto analgésico a corto plazo.

En el ensayo clínico GAIT, promovido por los NIH norteamericanos, se observó que, después de 24 semanas de tratamiento, ni la glucosamina ni el condroitín sulfato ni una combinación de los dos fueron más eficaces que el placebo sobre el dolor de la artrosis de rodilla. En un subanálisis de este mismo ensayo, en el que se evaluó el efecto sobre la progresión del espacio interarticular tras 24 meses de tratamiento, no se hallaron diferencias significativas para ninguno de los grupos de tratamiento respecto a placebo. En otro ensayo clínico, en 222 pacientes con artrosis de cadera, después de dos años de tratamiento no se observaron diferencias significativas en la puntuación del dolor ni de la capacidad funcional, ni tampoco en la distancia del espacio interarticular, entre los tratados con sulfato de glucosamina (1.500 mg al día) y los del grupo placebo.

En 2010 se publicó un metanálisis para evaluar la eficacia de la glucosamina, el condroitín, o la combinación de ambos sobre el dolor y la progresión radiológica de la enfermedad en pacientes con artrosis de rodilla o de cadera. Los resultados mostraron que ninguno de estos fármacos modifica la intensidad del dolor en comparación con placebo. En cuanto a la variable secundaria, la modificación de la amplitud del espacio articular, tampoco se observaron diferencias significativas.

Sobre el ácido hialurónico hay menos estudios y, en general, de peor calidad. En comparación con placebo, se han observado mejorías como máximo, sintomáticas modestas. No hay estudios a largo plazo. Las revisiones sistemáticas y metanálisis sobre hialuronato por vía intraarticular han mostrado resultados inconsistentes. En algún metanálisis se observó una pequeña mejoría en la escala del dolor y la funcionalidad a corto plazo, pero el hecho de que los resultados de eficacia hayan sido heterogéneos según los estudios (mayor tendencia a ser positivos en estudios unicéntricos con pocos pacientes que en los multicéntricos y con más

pacientes) dificulta la interpretación de los resultados.

La diacereína intraarticular no ha mostrado un efecto modificador de la estructura articular. En un ensayo clínico se observó una mejoría de los síntomas, en pacientes con artrosis leve. Sin embargo, dosis superiores a 100 mg al día se asocian a efectos adversos importantes.

Estos resultados apoyan las guías del NICE, que no recomiendan ni la glucosamina ni el condroitín sulfato en el tratamiento de la artrosis. Además, los dos últimos años la Agencia Sueca del Medicamento y la Agencia Danesa del Medicamento decidieron retirar la financiación pública de estos fármacos, porque consideraron que no tienen un efecto superior a placebo y en consecuencia, dada la falta de eficacia, la posible relación coste-efectividad es nula.

Conclusión

Los resultados de los ensayos clínicos publicados sobre glucosamina, condroitín sulfato, ácido hialurónico y diacereína en el tratamiento de la artrosis indican que, comparados con placebo, no mejoran el curso de la enfermedad.

Se conocen de manera imprecisa sus efectos adversos y la posibilidad de que intervengan en interacciones farmacológicas. La prescripción de alguno de estos medicamentos genera gastos injustificados para el paciente y para el sistema de salud y contribuye a complicar la terapia con el consiguiente incremento del riesgo de mala observancia de la medicación eficaz.

Bibliografía

1. Rodríguez D, Danés I. Disposede de fàrmacs condroprotectors? Butll Inf Ter 2006;18:19-22.
2. Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nüesch 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.
3. Sanfèlix-Gimeno G, Reig-Mollà B, Sanfèlix-Genovés J, Giner-Ruiz V. Efectividad de los fármacos utilizados como modificadores de la enfermedad artrósica. Med Clin (Barc) 2008;130:463-5.
4. Rozendaal RM, Koes BW, van Osch GJVM, Uitterlinden EJ, Garling EH, Willemsen SP, Ginai AZ, Verhaar JAN, Weinans H, Bierma-Zeinstra SMA. Effect of glucosamine sulfate on hip osteoarthritis. A randomized trial. Ann Intern Med 2008;148:268-77.
5. Dieppe P. Osteoarthritis of the knee in primary care. BMJ 2008;336:105.
6. Lohmander LS, Roos EM. Clinical update: treating osteoarthritis. Lancet 2007;370:2082-4.

-
7. Sanf elix-Gimeno G, Reig-Moll a B, Sanf elix-Genov es J, Giner-Ruiz V. Revisi n de la evidencia sobre los f armacos sintom ticos de acci n lenta en la artrosis (SYSADOA). Med Clin (Barc) 2007;129:624-8.
 8. Conaghan PG, Dickson J, Grant RL, on behalf of the Guideline Development Group. Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. BMJ 2008;336:502-3.
 9. Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, B rger E, B rger U, Dieppe PA. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. Ann Intern Med 2007;146:580-9.
 10. An nimo. Artrosis: abordaje en atenci n primaria. Bolet n terap utico andaluz 2008;24:10-11.
 11. 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 Engl J Med 2006;354:795-808.
 12. Sawitzke AD, Shi H, Finco MF, Dunlop DD, Bingham Co, Harris CJL, et al. The effect of glucosamine and/or chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis. Arthritis and Rheum 2008;58:3183-91.
 13. F armacos sintom ticos de acci n lenta y administraci n oral para la artrosis: dudosa eficacia en el control sintom tico y nula actividad condroprotectora. El comprimido 2010;18:5-10.