

## Artrosis. Nuevos tiempos

S. Giménez Basallote

Coordinador Nacional del Grupo de Aparato Locomotor de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. SEMERGEN

Todos conocemos la alta prevalencia de la artrosis, enfermedad que supone no menos del 20% de todas las consultas en Atención Primaria y que en España supone el 23% al considerar todas las localizaciones. Igualmente, la elevada incapacidad temporal que ocasiona va a generar un aumento importante en los costes indirectos, además el envejecimiento poblacional y estilos de vida inadecuados van a incrementar de forma exponencial la incidencia de esta enfermedad en un futuro, convirtiéndola en un importante problema de salud.

Los médicos de Atención Primaria hemos asistido en los últimos tiempos a comprobar cómo nuestro arsenal terapéutico antiinflamatorio se ha ido rebajando en función de las directrices de las Agencias del Medicamento en las que se pone en tela de juicio determinados agentes por su riesgo constatado a nivel gastrointestinal. Así ketorolaco y posteriormente piroxicam han sido retirados de nuestras posibilidades de prescripción, y es que hay que reconocer unas cifras que contribuyen, al menos, a ponernos en alerta: anualmente se producen más de 1.000 muertes inducidas por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), 17.000 hemorragias digestivas y un nivel de prescripción de AINE que se acerca a casi 50 millones de envases. El riesgo, por tanto, en cuanto a morbilidad es importantísimo, aunque el "riesgo económico" derivado de éste no es baladí.

Por otro lado, previamente las mismas Agencias del Medicamento resaltaban el riesgo cardiovascular que determinados fármacos inhibidores de la Cox 2 y que presentaban, por otra parte, una reducción significativa de riesgo digestivo, habían demostrado en diversos estudios de dudoso rigor científico (población heterogénea, intervalos de edad irregulares). De esta forma se produce la suspensión de algunos Cox 2 y el establecimiento de visado para otros, a la vez que se establece una revisión profunda de estos fármacos inhibidores de la Cox 2 y que se extiende posteriormente al resto de los AINE (antiinflamatorios tradicionales).

Finalmente, y tras la revisión, se produce una nueva nota de la Agencia del Medicamento en la que se expresa la utilidad de cualquier AINE por su efecto global positivo y relevante, aunque atendiendo a la comorbilidad del paciente tanto a nivel digestivo como cardiovascular. Así se anula el visado de prescripción de los Cox 2, salvo en An-

dalucía para el celecoxib (cosa que aún no comprendemos los médicos andaluces).

De esta forma resulta claro que la prescripción de un AINE ha de considerar al paciente con artrosis desde el punto de vista de su riesgo gastrointestinal o/y cardiovascular. En el primer, caso toman especial protagonismo los inhibidores de la Cox 2 o bien determinados AINE unidos o no a inhibidores de la bomba de protones.

Ante un paciente con artrosis y riesgo cardiovascular asociado, el naproxeno sería, en principio, de elección, sin embargo este AINE presenta un riesgo relativo alto a nivel gastrointestinal, sólo superado por el meloxicam de los que actualmente se prescriben en Atención Primaria. Diclofenaco presenta el mejor balance en pacientes con riesgo cardiovascular e ibuprofeno neutraliza el efecto protector antiagregante del ácido acetilsalicílico, por lo que en los pacientes Diabéticos tipo 2 que requieren ácido acetilsalicílico estarían proscritos.

### ARTROSIS E INFLAMACIÓN

La degradación del cartílago como causa única y desencadenante de la artrosis ha pasado a segundo término. Así, las nuevas tecnologías diagnósticas, especialmente la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecografía, han podido demostrar que existe igualmente una proliferación del hueso subcondral y, sobre todo, una presencia de sinovitis en el 90% de los pacientes con afección de rodilla, y que esta inflamación sinovial sería la responsable de la tumefacción, calor local, edema y enrojecimientos (signos típicos de artrosis). No está de más considerar, por tanto, la artrosis como un proceso inflamatorio resultado de la disfunción mitocondrial de los condrocitos artrósicos condicionada por la presencia de antioxidantes como óxido nítrico, citocinas proinflamatorias y otras moléculas proinflamatorias. La ecografía ha podido demostrar que la sinovitis ya existe en períodos iniciales de la enfermedad y podríamos establecer, por tanto, un diagnóstico precoz que sería fundamental para establecer los medios de prevención farmacológicos y no farmacológicos de progresión de la enfermedad.

El carácter inflamatorio de la artrosis y la disfunción mitocondrial de los condrocitos ha generado vías de actuación de agentes farmacológicos que puedan mejorar la actividad mitocondrial, como serían los fármacos sintomá-

ticos de acción lenta. Es evidente que la magnitud inflamatoria en la artrosis va a requerir fármacos que actúen reduciendo la inflamación y que, en principio, agentes analgésicos no condicionarían la reducción del edema y la tumefacción que se produce en la artrosis, si bien podrían constituir agentes coadyudantes en el tratamiento farmacológico.

De esta forma, la artrosis se considera hoy en día una enfermedad inflamatoria en la que hay que atender al riesgo gastrointestinal y cardiovascular que pueda presentar el paciente y utilizar los fármacos de forma racional, empleando aquellos que realmente actúen de forma eficaz y no puedan ocasionar daños colaterales.