

**Pregunta 8: En adultos con OA, ¿se debería indicar el uso de inyecciones intra-articulares de corticoides?**

**Conceptos previos:**

- La patogénesis de la OA se caracteriza por la pérdida progresiva de cartílago, remodelación de hueso subcondral, formación de osteofitos e inflamación sinovial (59). El dolor experimentado por los pacientes con OA es producto de citoquinas catabólicas e inflamatorias y la sensibilización de las vías nociceptivas por activación de los nervios aferentes primarios en respuesta a la inflamación o lesión en el tejido (60, 61).
- Los corticosteroides tienen efectos antiinflamatorios e inmunosupresores, actúan sobre las células inflamatorias e influyen en la respuesta inmune. Actúan directamente sobre los receptores de esteroides nucleares para controlar la tasa de síntesis de ARNm y proteínas y tienen efectos posteriores de alteración de las funciones de las células T y B, niveles de citocinas y enzimas e inhiben la formación de mediadores proinflamatorios como prostaglandinas, leucotrienos, prostaciclina, los factores activadores de las plaquetas y la fosfolipasa A2, causando una reducción en los derivados proinflamatorios del ácido araquidónico (62, 63). Los corticosteroides sintéticos tienen una mayor afinidad por el receptor y se inactivan con menos rapidez (64). Por ello, se hipotetiza que las inyecciones intra-articulares de corticoide (IIC) pudieran ser útiles para mejorar el dolor y la función en adultos con OA.

**Justificación de la pregunta:** Actualmente muchos médicos usan la IIC para el manejo de OA, por lo cual resulta necesario identificar la real eficacia de este tratamiento.

**Resumen de la evidencia (NICE):** Se encontró que la guía NICE 2014 (1), que fue seleccionada mediante la evaluación con AGREE II, establecía recomendaciones para esta pregunta.

NICE recomienda que las IIC pueden considerarse como un complemento a los tratamientos principales para el alivio moderado a severo en personas con OA.

NICE cita la RS de Cochrane (2006)(65), la cual resumió 23 ECA (n=1913), y comparó la eficacia de la IIC en comparación con placebo (salino), con un seguimiento en un rango de 2 a 104 semanas. Este meta-análisis reporta que:

- **Dolor:** La RS de Cochrane (2006) (65) realizó un meta-análisis de 3 ECA (n=161) que encontró que el dolor fue menor en el grupo que recibió IIC (n=79) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=82) (SMD: -21.91; IC 95%: -29.93 a -13.29).
- **Disminución mayor a 30% en el puntaje del VAS basal:** La RS de Cochrane (2006)(65) reportó un ECA (n=53) que encontró un mayor número de personas que reportaron una disminución mayor a 30% en el puntaje del VAS basal en el grupo que recibió IIC (Cortivazol) (n=25) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=28) (RR: 2.56; IC 95%: 1.26 a 5.18).
- **Mejoría en la evaluación global:** La RS de Cochrane (2006)(65) realizó un meta-análisis de 3 ECA (n=158) que encontró una mayor frecuencia de personas que

reportaron mejoría en la evaluación global en el grupo que recibió IIC (n=80) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=78) (RR: 1.44; IC 95%: 1.13 a 1.82).

**Actualización de la literatura:** Para actualizar la revisión de la literatura realizada por la guía NICE 2014, se realizó una búsqueda de artículos científicos desde 1 de enero del 2008 (pues la búsqueda realizada por NICE para esta pregunta fue realizada para la versión de la guía del 2008). Esta búsqueda fue realizada hasta julio del 2017 usando el buscador PubMed.

De esta manera, se encontraron 2 RS (66, 67).

La RS de Cochrane (2015)(66), la cual cuenta con una adecuada calidad metodológica (puntaje de 11 de 11 con la escala de AMSTAR) y resumió 26 ECA (n=1749), y encontró que:

- **Dolor:** La RS de Cochrane (2015) (66) realizó un meta-análisis de 26 ECA (n=1749) que encontró que el dolor fue menor en el grupo que recibió IIC (n=922) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=827) (SMD: -0.40; IC 95%: -0.58 a -0.22).
- **Dolor (1-2 semanas):** La RS de Cochrane (2015) (66) realizó un meta-análisis de 16 ECA (n=1,041) que encontró que el dolor fue menor en el grupo que recibió IIC (n=566) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=475) (SMD: -0.48; IC 95%: -0.70 a -0.27).
- **Funcionalidad:** La RS de Cochrane (2015) (66) realizó un meta-análisis de 15 ECA (n=1,014) que encontró que el puntaje en la escala de funcionalidad fue menor en el grupo que recibió IIC (n=546) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=468) (SMD: -0.33; IC 95%: -0.56 a -0.09), lo que representa una mayor funcionalidad a favor del grupo que recibió inyecciones de corticoides.
- **Seguridad (número de pacientes que experimentaron cualquier evento adverso serio):** La RS de Cochrane (2015) (66) realizó un meta-análisis de 5 ECA (n=331) que encontró que el número de pacientes que experimentaron cualquier evento adverso fue similar en el grupo que recibió IIC (n=165) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=166) (RR: 0.63; IC 95%: 0.15 a 2.67)

La RS de Kroon (67), la cual cuenta con una adecuada calidad metodológica (puntaje de 9 de 11 con la escala de AMSTAR) y que resumió 13 ECA (n=852), reporta que:

- **Dolor:** La RS de Kroon (2016) (67) realizó un meta-análisis de 2 ECA en OA de manos (específicamente articulación carpo-metacarpal) (n=166) que encontró que el dolor fue similar en el grupo que recibió IIC (n=85) en comparación con el grupo que recibió placebo (salino) (n=81) (SMD: -3.56; IC 95%: -13.87 a 6.75).

El GEG-Local consideró la RS de Cochrane (66) para tomar una decisión debido a que incluyó un mayor número de ECA y tuvo un mejor puntaje en la escala AMSTAR al compararla con la RS de Kroon. Esta RS presentó sub-análisis de acuerdo al riesgo de sesgo. Al evaluar el efecto solo en los 3 ECA con riesgo de sesgo bajo no se encontraron

diferencias entre la intervención y el placebo. El GEG-Local decidió que la evidencia actual no permitía emitir una recomendación en contra o a favor de esta intervención ya que, si bien hay una gran cantidad de estudios, en su mayoría el riesgo de sesgo es alto. Por ello se optó por emitir un punto de buena práctica clínica.

**Justificación de los puntos de buena práctica clínica:**

1. El GEG-Local consideró que, debido a la poca cantidad de estudios con riesgo de sesgo bajo mencionada anteriormente y las discordancias en los efectos hallados en el análisis por sub-grupos, no era posible recomendar el uso rutinario de inyección intra-articular de corticoides. Además, consideró que la mayoría de estudios no reportaban efectos secundarios o no los evaluaban rigurosamente, por lo cual se decidió mencionar que el perfil de seguridad de esta intervención tampoco está claro.
2. El GEG-Local en consenso con los expertos, considero que ante un cuadro de OA complicada con signos inflamatorios articulares refractarios al tratamiento, el **médico especialista** puede considerar el uso de inyecciones intra-articulares de corticoides, ya que en este escenario en particular existe un componente inflamatorio importante que se podría beneficiar del uso de corticoides intra-articulares.

**Puntos de Buena Práctica Clínica:**

**Puntos de Buena Práctica Clínica:**

1. En adultos con OA sintomática, no podemos recomendar el uso rutinario de inyección intra-articular de corticoides, debido a que su eficacia clínica no ha sido demostrada y su perfil de seguridad no está claro.
2. En adultos con OA que presentan signos inflamatorios articulares refractarios al tratamiento, el médico especialista podría considerar el uso de inyecciones intra-articulares de corticoides.