



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Corticosteroides intraarticulares para la artrosis de rodilla (Revisión)

Jüni P, Hari R, Rutjes AWS, Fischer R, Sillella MG, Reichenbach S, da Costa BR

Jüni P, Hari R, Rutjes AWS, Fischer R, Sillella MG, Reichenbach S, da Costa BR.
Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis
(Corticosteroides intraarticulares para la artrosis de rodilla).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD005328.
DOI: [10.1002/14651858.CD005328.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005328.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Corticosteroides intraarticulares para la artrosis de rodilla

Peter Jüni¹, Roman Hari¹, Anne WS Rutjes^{2,3}, Roland Fischer⁴, Maria G Silletta², Stephan Reichenbach⁵, Bruno R da Costa¹

¹Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Bern, Switzerland. ²Centre for Systematic Reviews, Fondazione "Università G. D'Annunzio", Chieti, Italy. ³Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Bern, Bern, Switzerland. ⁴Department of General Internal Medicine, Inselspital Bern, Bern, Switzerland. ⁵Department for Rheumatology, Clinical Immunology, and Allergology, University Hospital, Bern, Switzerland

Contacto: Bruno R da Costa, Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Gesellschaftsstrasse 49, Bern, 3012, Switzerland. bruno.dacosta@biham.unibe.ch.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Enfermedades Musculoesqueléticas.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 11, 2015.

Referencia: Jüni P, Hari R, Rutjes AWS, Fischer R, Silletta MG, Reichenbach S, da Costa BR. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis (Corticosteroides intraarticulares para la artrosis de rodilla). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD005328. DOI: [10.1002/14651858.CD005328.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005328.pub3).

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La artrosis de rodilla es una de las principales causas de dolor crónico, discapacidad y disminución de la calidad de vida. A pesar de que los corticosteroides intraarticulares se utilizan desde hace tiempo, existe un debate permanente sobre sus efectos beneficiosos y su seguridad. Ésta es una actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en 2005.

Objetivos

Determinar los efectos beneficiosos y perjudiciales de los corticosteroides intraarticulares en comparación con una intervención simulada o ninguna intervención en personas con artrosis de rodilla en cuanto al dolor, la función física, la calidad de vida y la seguridad.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane central de ensayos controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials; CENTRAL), MEDLINE y EMBASE (desde el inicio hasta el 3 de febrero de 2015), se examinaron registros de ensayos, resúmenes de congresos, listas de referencias y se estableció contacto con autores.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados o cuasialeatorizados que compararon corticosteroides intraarticulares con inyección simulada o ningún tratamiento en personas con artrosis de rodilla. No se aplicaron restricciones de idioma.

Obtención y análisis de los datos

Se calcularon las diferencias de medias estandarizadas (DME) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para el dolor, la función, la calidad de vida, el estrechamiento del espacio articular, y las razones de riesgos (RR) para los desenlaces de seguridad. Los ensayos se combinaron mediante un metanálisis de efectos aleatorios de la varianza inversa.

Resultados principales

En esta actualización se identificaron 27 ensayos (13 estudios nuevos) con 1767 participantes. La calidad de la evidencia se consideró "baja" para todos los desenlaces debido a que las estimaciones del efecto del tratamiento fueron inconsistentes y se observó gran variación entre los ensayos, las estimaciones agrupadas fueron poco precisas y no descartaron efectos clínicos relevantes o irrelevantes, y la mayoría de los ensayos presentaron un riesgo alto o incierto de sesgo. Los corticosteroides intraarticulares parecieron ser más beneficiosos en la reducción del dolor que las intervenciones control (DME -0,40; IC del 95%: -0,58 a -0,22), lo que corresponde a una diferencia en las

Corticosteroides intraarticulares para la artrosis de rodilla (Revisión)

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

puntuaciones de dolor de 1,0 cm en una escala visual analógica de 10 cm entre los corticosteroides y la inyección simulada, y se traduce en un número necesario a tratar para lograr un desenlace beneficioso adicional (NNTB) de 8 (IC del 95%: 6 a 13). El estadístico I^2 del 68% indicó una heterogeneidad considerable entre los ensayos. Una inspección visual del gráfico en embudo indicó cierta asimetría (coeficiente de asimetría -1,21; IC del 95%: -3,58 a 1,17). Al estratificar los resultados según la duración del seguimiento, los efectos beneficiosos fueron moderados a la semana y hasta las dos semanas después de finalizar el tratamiento (DME -0,48; IC del 95%: -0,70 a -0,27), pequeños a moderados a las cuatro a seis semanas (DME -0,41; IC del 95%: -0,61 a -0,21), pequeños a las 13 semanas (DME -0,22; IC del 95%: -0,44 a 0,00) y no hubo evidencia de un efecto a las 26 semanas (DME -0,07; IC del 95%: -0,25 a 0,11). El estadístico $I^2 \geq 63\%$ indicó un grado de heterogeneidad entre los ensayos de moderado a grande hasta las 13 semanas después de finalizar el tratamiento (p de heterogeneidad $\leq 0,001$), y el I^2 de 0% indicó una heterogeneidad baja a las 26 semanas ($p = 0,43$). Hubo evidencia de menos efectos del tratamiento en los ensayos que asignaron al azar un promedio de al menos 50 participantes por grupo ($p = 0,05$) o al menos 100 participantes por grupo ($p = 0,013$), en ensayos que utilizaron viscosuplementación concomitante ($p = 0,08$) y en los ensayos que utilizaron lavado articular concomitante ($p \leq 0,001$).

Los corticosteroides parecieron ser más efectivos con respecto a la mejoría de la función que las intervenciones control (DME -0,33; IC del 95%: -0,56 a -0,09), lo que corresponde a una diferencia en las puntuaciones de función de -0,7 unidades en la escala de discapacidad estandarizada Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) que varía de 0 a 10 y se traduce en un NNTB de 10 (IC del 95%: 7 a 33). El estadístico I^2 del 69% indicó un grado de heterogeneidad entre los ensayos de moderado a grande. La inspección visual del gráfico en embudo indicó asimetría (coeficiente de asimetría -4,07; IC del 95%: -8,08 a -0,05). Al estratificar los resultados según la duración del seguimiento, los efectos beneficiosos fueron pequeños a moderados a la semana y hasta las dos semanas después de finalizar el tratamiento (DME -0,43; IC del 95%: -0,72 a -0,14), pequeños a moderados a las cuatro a seis semanas (DME -0,36; IC del 95%: -0,63 a -0,09) y no hubo evidencia de un efecto a las 13 semanas (DME -0,13; IC del 95%: -0,37 a 0,10) o a las 26 semanas (DME 0,06; IC del 95%: -0,16 a 0,28). El estadístico $I^2 \geq 62\%$ indicó un grado de heterogeneidad entre los ensayos de moderado a grande hasta las 13 semanas después de finalizar el tratamiento (p de heterogeneidad $\leq 0,004$), y el I^2 del 0% indicó una baja heterogeneidad a las 26 semanas ($p = 0,52$). Se encontró evidencia de menores efectos del tratamiento en los ensayos que asignaron al azar un promedio de al menos 50 participantes por grupo ($p = 0,023$), en los ensayos no publicados ($p = 0,023$), en los ensayos que utilizaron controles ninguna intervención ($p = 0,031$) y en los ensayos que utilizaron viscosuplementación concomitante ($p = 0,06$).

Los participantes que recibieron corticosteroides tuvieron 11% menos probabilidades de experimentar eventos adversos, aunque los intervalos de confianza incluyeron el efecto nulo (RR 0,89; IC del 95%: 0,64 a 1,23; $I^2 = 0\%$). Los participantes que recibieron corticosteroides tuvieron 67% menos probabilidades de retirarse debido a los eventos adversos, aunque los intervalos de confianza fueron amplios e incluyeron el efecto nulo (RR 0,33; IC del 95%: 0,05 a 2,07; $I^2 = 0\%$). Los participantes que recibieron corticosteroides tuvieron 27% menos probabilidades de experimentar algún evento adverso grave, aunque los intervalos de confianza fueron amplios e incluyeron el efecto nulo (RR 0,63; IC del 95%: 0,15 a 2,67; $I^2 = 0\%$).

No se encontró evidencia de un efecto de los corticosteroides sobre la calidad de vida en comparación con el control (DME -0,01; IC del 95%: -0,30 a 0,28; $I^2 = 0\%$). Tampoco hubo evidencia de un efecto de los corticosteroides sobre el estrechamiento del espacio articular en comparación con las intervenciones control (DME -0,02; IC del 95%: -0,49 a 0,46).

Conclusiones de los autores

Todavía sigue sin estar claro si existen efectos beneficiosos clínicamente importantes de los corticosteroides intraarticulares después de una a seis semanas debido a la calidad general de la evidencia, la heterogeneidad considerable entre los ensayos y la evidencia de efectos de estudios pequeños. Un único ensayo incluido en esta revisión describió medidas adecuadas para disminuir los sesgos y no encontró efectos beneficiosos de los corticosteroides intraarticulares.

En esta actualización de la revisión sistemática y metanálisis se encontró que la mayoría de los ensayos identificados que compararon corticosteroides intraarticulares con un control simulado o ninguna intervención fueron pequeños y estuvieron afectados por la calidad metodológica baja. Un análisis de puntos temporales múltiples indicó que los efectos disminuyeron con el transcurso del tiempo y el análisis no proporcionó evidencia de que el efecto se mantuviera a los seis meses después de la inyección de corticosteroides.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Inyección de corticosteroides en la articulación para la artrosis de rodilla

Pregunta de la revisión

Se realizaron búsquedas en la bibliografía hasta el 3 de febrero de 2015 para encontrar estudios de los efectos sobre el dolor, la función, la calidad de vida y la seguridad de los corticosteroides intraarticulares (inyectados en la articulación) en comparación con una inyección simulada o ningún tratamiento en personas con artrosis de rodilla.

Antecedentes

La artrosis es una enfermedad asociada con un deterioro del cartílago de articulaciones como la rodilla. Cuando la articulación pierde el cartílago, el cuerpo responde haciendo crecer hueso de forma anormal, lo que puede provocar que el hueso se deforme y cause dolor e inestabilidad en la articulación. Lo anterior puede afectar la función física y la capacidad de utilizar la articulación.

Aunque en general se considera que la artrosis es de origen degenerativo en lugar de inflamatorio, a veces se puede observar la presencia de un componente inflamatorio. Los corticosteroides intraarticulares son agentes antiinflamatorios potentes que se inyectan dentro de la articulación de la rodilla.

Características de los estudios

Después de buscar todos los estudios relevantes hasta el 3 de febrero de 2015 se encontraron 27 ensayos controlados aleatorizados con 1767 participantes, con una duración que varió desde dos semanas a un año.

Resultados clave

Dolor

- Las personas que recibieron corticosteroides intraarticulares consideraron que la mejoría en el dolor fue de alrededor de 3 en una escala de 0 (ningún dolor) a 10 (dolor extremo) después de un mes.
- Las personas que recibieron placebo consideraron que la mejoría en el dolor fue de alrededor de 2 en una escala de 0 (ningún dolor) a 10 (dolor extremo) después de un mes.

Otra manera de decir esto es:

- De cada 100 personas que reciben corticosteroides intraarticulares, 44 responden al tratamiento (44%).
- De cada 100 personas que reciben un placebo, 31 responden al tratamiento (31%).
- Trece personas más responden al tratamiento con corticosteroides intraarticulares en comparación con placebo (diferencia del 13%).

Se debe tener en cuenta que estos números pueden sobrestimar considerablemente el efecto beneficioso verdadero debido a la calidad baja de la evidencia.

Función física

- Las personas que recibieron corticosteroides intraarticulares consideraron que la mejoría en la función física fue de alrededor de 2 en una escala de 0 (ninguna discapacidad) a 10 (discapacidad extrema) después de un mes.
- Las personas que recibieron placebo consideraron que la mejoría en la función física fue de alrededor de 1 en una escala de 0 (ninguna discapacidad) a 10 (discapacidad extrema) después de un mes.

Otra manera de decir esto es:

- De cada 100 personas que recibieron corticosteroides intraarticulares, 36 respondieron al tratamiento (36%).
- De cada 100 personas que recibieron placebo, 26 respondieron al tratamiento (26%).
- Diez personas más responden al tratamiento con corticosteroides intraarticulares en comparación con placebo (diferencia del 10%).

Se debe tener en cuenta que estos números pueden sobrestimar considerablemente el efecto beneficioso verdadero debido a la calidad baja de la evidencia.

Efectos secundarios

- De cada 100 personas que utilizaron corticosteroides intraarticulares, 13 presentaron efectos secundarios (13%).
- De cada 100 personas que utilizaron placebo, 15 presentaron efectos secundarios (15%).
- Dos personas más presentaron efectos secundarios con placebo en comparación con corticosteroides intraarticulares (diferencia del 2%).

Abandonos debido a los efectos secundarios

- Seis personas de cada 1000 que utilizaron corticosteroides intraarticulares abandonaron debido a los efectos secundarios (0,6%).
- Diecisiete personas de cada 1000 que utilizaron placebo abandonaron debido a los efectos secundarios (1,7%).
- Once personas más abandonaron debido a los efectos secundarios con placebo en comparación con los corticosteroides intraarticulares (diferencia del 1,1%).

Efectos secundarios que provocaron hospitalización, discapacidad persistente o muerte

- Tres personas de cada 1000 que utilizaron corticosteroides intraarticulares presentaron efectos secundarios que provocaron hospitalización, discapacidad persistente o muerte (0,3%).
- Cuatro personas de cada 1000 que utilizaron placebo presentaron efectos secundarios que provocaron hospitalización, discapacidad persistente o muerte (0,4%).

- Una persona más presentó efectos secundarios que provocaron hospitalización, discapacidad persistente o muerte con placebo en comparación con corticosteroides intraarticulares (diferencia del 0,1%).

Según la evidencia, los corticosteroides intraarticulares podrían dar lugar a una mejoría moderada en el dolor y una mejoría pequeña en la función física, aunque la calidad de la evidencia es baja y los resultados no son concluyentes. Los corticosteroides intraarticulares parecen causar la misma cantidad de efectos secundarios que placebo. Sin embargo, no se tiene información precisa ni segura acerca de los efectos secundarios.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia se consideró baja para todos los resultados, lo que significa que existe poca confianza en estos resultados. Lo anterior se debió a que los resultados generalmente fueron muy discordantes entre los estudios y se basaron principalmente en estudios pequeños de calidad baja.