

¿Es útil la acupuntura para tratar el dolor de la artrosis de rodilla? Los árboles que no dejan ver el bosque

La incidencia y prevalencia de la artrosis es cada vez mayor dada la expectativa de vida cada vez más amplia. En un estudio realizado en Cataluña utilizando la base de datos SIDIAP, que contiene la historia clínica de atención primaria, las tasas de artrosis de rodilla y cadera se incrementan de forma continua con la edad y la relación de género (RRs), que resultaron más altas entre los 70-75 años (1). En términos generales, la OA (osteoartrosis) de rodillas afecta por igual a ambos sexos y los cambios radiológicos aumentan en proporción con la edad y el peso corporal. Al contrario de lo que sucede en las manos, cuya prevalencia radiológica es mayor que la clínica, la gonalgia es más frecuente que los cambios radiológicos propios de la enfermedad debido a la alta frecuencia de lesiones de los tejidos blandos adyacentes, que son causa de dolor (2).

El número de publicaciones sobre acupuntura crece de forma exponencial, y la calidad de los ensayos clínicos (EC) ha mejorado desde la incorporación, en el 2010, de los criterios STRICTA (3), basados en los controles de EC CONSORT. Es así que tanto el número de publicaciones como la calidad de los EC permiten ver las publicaciones en las mejores revistas indexadas.

Son múltiples los ensayos clínicos controlados que muestran una mejora evidente del dolor y la movilidad (empleando escalas como la WOMAC), que suponen una mejora de los niveles de calidad de vida de los pacientes.

Existen trabajos sobre pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla, comparando el tratamiento estándar, la tabla de ejercicios y el consejo médico con el tratamiento estándar más acupuntura. A pesar del incremento del coste en el brazo que sumaba la acupuntura a los cuidados, la diferencia de los años de vida ajustados por calidad (AVAC) es significativamente superior ($p = 0,022$), con una probabilidad del 77 % de obtener una intervención coste-efectiva, si se asume un valor conservador de 20.000 libras por AVAC en el Reino Unido. También se han realizado estudios de coste efectividad sobre pacientes alemanes con artrosis de rodilla y cadera (4). En ambos grupos se indicó tratamiento convencional, ofrecido por el sistema sanitario nacional alemán, junto con acupuntura inmediata en un grupo y demorada a los 3 meses en el grupo control. Se realizaron entre 10 y 15 sesiones de acupuntura durante 3 meses. La variable resultante, medida por ratio coste-efectividad incremental (RCEI), fue de 17.845 € por AVAC, claramente positiva si se asume el valor máximo de 50.000 € por AVAC en Alemania.

Sin embargo, y a pesar del enorme caudal de EC y RS (revisiones sistemáticas) disponibles en los últimos diez años, las Guías Clínicas, salvo la de la OARSI que le da un cierto grado de actividad con un buen nivel de evidencia (5), no recomiendan la acupuntura, dudan de su eficacia y apuestan por el ejercicio, cuando en una revisión sistemática y un metanálisis en red de los tratamientos no farmacológicos en la artrosis de rodilla (AR) evidencian que el efecto de la acupuntura es mayor que el fortalecimiento muscular o que los ejercicios aeróbicos, que sin embargo sí recomiendan todas las GPC consultadas. Esto da lugar a críticas recientes sobre algunas decisiones, en concreto en la Guía NICE (6). Las resistencias que se detectan en diferentes

estamentos a la inclusión de las técnicas de acupuntura en el tratamiento de la artrosis de rodilla provienen de cuestiones puramente metodológicas, ya que la intervención de la acupuntura es muy difícil de comparar con la llamada acupuntura falsa. Tal es la desviación de las conclusiones que este método provoca que, en 2012, se reanalizaron los EC de pacientes con dolor articular realizados hasta entonces sobre un total de 17.922 pacientes, lo que mostró el sesgo que supone comparar acupuntura verdadera solo frente a la llamada “sham”, y no hacer lo mismo comparando la acupuntura verdadera frente a los cuidados habituales (7). Esto lleva a conclusiones erróneas, según nuestro criterio, porque los árboles no dejan ver el bosque. Si se comparan los grupos de acupuntura frente a los cuidados habituales, la media obtenida del efecto (teniendo en cuenta que se trata de ensayos de alta calidad y no hay heterogeneidad entre los diferentes ensayos) es un efecto medio sobre el dolor (0,57), comparable o superior al obtenido sobre estos pacientes, empleando AINE (0,37). Al año de publicado el reanálisis citado, se publicó otro más que mostró estos elementos y que dejó vislumbrar que la variabilidad de resultados está relacionada con múltiples factores, entre los que se incluyen la formación del acupuntor y las variaciones técnicas (8). Ya el profesor Han Ji-Shen, miembro destacado de la IASP y neurocientífico de fama mundial, adelantaba estos factores en el artículo publicado en *Pain* (9). En esto es de destacar que la mayoría de autores establecen los siguientes cinco criterios de aplicación de la acupuntura considerados “adecuados”: al menos seis tratamientos, al menos una vez por semana, por lo menos cuatro puntos con agujas, durante al menos 20 minutos, con cualquier estimulación manual para provocar *deqi* (sensación acupuntural) o la estimulación eléctrica de intensidad suficiente para producir más de sensación mínima (10).

Todo está alrededor de los problemas relacionados con el empleo de placebos en la intervención acupuntural. Seamos sensatos, la acupuntura es una técnica basada en la penetración de la piel, y no hay equivalencia como el placebo farmacológico cuando se trata de un acto cuasi quirúrgico. Desde hace más de cinco años crecen los estudios que plantean el empleo de la llamada “acupuntura falsa” o “sham”. Según autores, los procedimientos llamados “sham” no pueden ser considerados como controles inertes ni desde la medicina china ni desde la perspectiva biomédica o neurocientífica (11). Se tiende a consensuar que hay necesidad de desarrollar apropiadas directrices para evaluar el riesgo de sesgo de los controles sham-placebo que no provoquen estos sesgos al realizar revisiones sistemáticas. De hecho, los estudios recientes de los neurocientíficos avalan la existencia de efectos locales mediados por la adenosina (12), así como son conocidos los efectos distales.

Las nuevas tecnologías, como la resonancia magnética funcional, demuestran cómo la acupuntura real, y no la falsa, puede mejorar la conectividad en las vías de modulación del dolor descendente a través de varias redes, como la red frontoparietal derecha y la red de control ejecutivo tras acupuntura real, y conectividad funcional con la corteza cingulada anterior rostral y la corteza prefrontal medial, una región clave en el sistema de modulación del dolor descendente y la región de la ínsula izquierda, que se relaciona significativamente con los cambios en la puntuación de dolor y la movilidad de la rodilla después de los tratamientos (13).

Revisiones recientes que comparan los métodos físicos, rehabilitación, fisioterapia, TENS y ejercicio, concluyen que la acupuntura puede ser considerada como uno de los tratamientos físicos más eficaces para aliviar el dolor de osteoartritis de rodilla a corto plazo (14).

En un reciente metanálisis con nivel Ib demuestran que la acupuntura puede mejorar la función física a corto y largo plazo, pero parece proporcionar solo alivio del dolor a corto plazo en pacientes con dolor crónico de rodilla debido a la osteoartritis (15).

La variante técnica de la electroacupuntura también ha sido revisada en un metanálisis reciente que ha concluido que el tratamiento con electroacupuntura puede aliviar el dolor de la osteoartritis de rodilla y mejorar la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla (16).

Finalmente hacemos nuestras las palabras de Adrian White, quien ya en 2006 (17) afirmaba que las decisiones sobre si un servicio de salud debe proporcionar un tratamiento concreto se basan en las evidencias que responden a tres preguntas: a) si el tratamiento puede funcionar, es decir, si es biológicamente activo; b) si el tratamiento es seguro y eficaz en la práctica diaria, y c) si es rentable económicamente.

La evidencia disponible hoy día muestra que la acupuntura para la osteoartritis de rodilla tiene un efecto biológico, tiene un gran efecto clínico en la práctica, tiene un riesgo insignificante y tiene una rentabilidad que está dentro del límite de lo aceptable y habitual. Así, la acupuntura ofrece una alternativa al tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y aumenta la calidad de vida de los pacientes. Prueba de esto es la publicación en enero de 2017 de la Guía del programa de Becas de Investigación aplicada en el NHS (Servicio de Salud Británico) (18), que incidirá en próximos años en la aplicabilidad de la acupuntura en artrosis y depresión menor en Atención Primaria. El futuro aún no está escrito, lo escribimos día a día.

R. Cobos Romana

Clínica del Dolor. Hospital Universitario “Virgen del Rocío”. Sevilla

BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Ann Rheum Dis* 2013;73(9):1659-64. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-203355.
2. Peña Ayala AH, Fernández-López JC. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. *Reumatol Clin* 2007;3(Supl E3):6-12.
3. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, et al. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT statement. *Acupuncture and Related Therapies* 2015;3:35-46.
4. Whitehurst DG, Bryan S, Hay EM, Thomas E, Young J, Foster NE. Cost- effectiveness of acupuncture care as an adjunct to exercise-based physical therapy for osteoarthritis of the knee. *Phys Ther* 2011;91(5):630-41. DOI: 10.2522/ptj.20100239.
5. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16(2):137-62. DOI: 10.1016/j.joca.2007.12.013.
6. Bovey M. Acupuncture for osteoarthritis in the UK: A turning point for NICE? *Eur J Integr Med* 2016;8:337-41. DOI: 10.1016/j.eujim.2016.08.001.
7. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172:1444-53. DOI: 10.1001/archinternmed.2012.3654.
8. MacPherson H, Maschino AC, Lewith G, Foster NE, Witt C, Vickers AJ. Characteristics of acupuncture treatment associated with outcome: an individual patient meta-analysis of 17,922 patients with chronic pain in randomised controlled trials. *PLoS One* 2013;8:e77438.
9. Han JS. Acupuncture analgesia: areas of consensus and controversy. *Pain* 2011;152(3Suppl):S41-8. DOI: 10.1016/j.pain.2010.10.012. DOI: 10.1016/j.pain.2010.10.012.
10. Vas J, Aguilar I. Hacia un tratamiento óptimo de la artrosis de rodilla con acupuntura: revisión de los diferentes enfoques, técnicas, y sus efectos. *Rev Int Acupuntura* 2013;7(4):131-43. DOI: 10.1016/S1887-8369(13)70103-0.
11. Appleyard I, Lundeberg T, Robinson N. Should systematic reviews assess the risk of bias from sham-placebo acupuncture control procedures? *Eur J Integr Med* 2014;6:234-43. DOI: 10.1016/j.eujim.2014.03.004.
12. Goldman N, Chen M, Fujita T, Xu Q, Peng W, Liu W, et al. Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. *Nat Neurosci* 2010;13(7):883-8. DOI: 10.1038/nn.2562.
13. Chen X, Spaeth RB, Freeman SG, Scarborough DM, Hashmi JA, Wey HY, et al. The modulation effect of longitudinal acupuncture on resting state functional connectivity in knee osteoarthritis patients. *Molecular Pain* 2015;11:67. DOI: 10.1186/s12990-015-0071-9.

14. Corbett MS, Rice SJC, Madurasinghe V, Slack R, Fayter DA, Harden M, et al. Acupuncture and other physical treatments for the relief of pain due to osteoarthritis of the knee: network meta-analysis. *Osteoarthritis and cartilage* 2013;21(9):1290-98. DOI: 10.1016/j.joca.2013.05.007.
15. Lin X, Huang K, Zhu G, Huang Z, Quin A, Fan S. The effects of acupuncture on chronic knee pain due to osteoarthritis. A meta-analysis. *J Bone Joint Surg Am* 2016;98(18):1578-85. DOI: 10.2106/JBJS.15.00620.
16. Shim JW, Jung JY, Kim SS. Effects of electroacupuncture for knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2016; Article ID 3485875, 18 pages. DOI: 10.1155/2016/3485875.
17. White A, Kawakita K. The evidence on acupuncture for knee osteoarthritis – editorial summary on the implications for health policy. *Acupuncture in medicine* 2006;24(Suppl):S71-76. DOI: 10.1136/aim.24.Suppl.71.
18. MacPherson H, Vickers A, Bland M, Torgerson D, Corbett M, Spackman E, et al. Acupuncture for chronic pain and depression in primary care: a programme of research. *Programme Grants Appl Res* 2017;5(3). DOI: 10.3310/pgfar05030.