



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Revisión

Tratamiento de la artritis reumatoide del anciano

María Jesús García Arias y Jesús Alberto García Vadillo*

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de junio de 2011

Aceptado el 5 de julio de 2011

Palabras clave:

Artritis reumatoide del anciano
Tratamiento de la artritis reumatoide del anciano
Anti-factor de necrosis tumoral en los ancianos
Ancianos
Seguridad

R E S U M E N

En la bibliografía médica internacional se considera artritis reumatoide (AR) del anciano la que afecta a las personas mayores de 65 años. Este grupo poblacional es el mayoritario en las series de pacientes con AR e incluye tanto a los pacientes que desarrollan la enfermedad a partir de los 65 años como a los enfermos crónicos que iniciaron su AR hace años. La AR de inicio a partir de los 65 años se conoce con el nombre de *elderly onset rheumatoid arthritis* (EORA) y presenta manifestaciones clínicas algo diferentes respecto a la AR de inicio a edades anteriores.

El arsenal terapéutico empleado y los objetivos del tratamiento de la AR del anciano no son muy diferentes respecto al de los pacientes más jóvenes. Se emplean las mismas terapias teniendo en cuenta las características particulares de esta población como son el envejecimiento, que se asocia con cambios farmacocinéticos, las comorbilidades y una mayor susceptibilidad a padecer infecciones. El objetivo del tratamiento es el mismo que en los pacientes más jóvenes: la remisión de la enfermedad. Una excesiva precaución en la administración de fármacos puede conducir a no alcanzar el tratamiento óptimo, sobre todo al inicio, cuando la enfermedad está más activa, y dejar secuelas irreversibles. El tratamiento se debe realizar ajustando individualmente la terapia a las características del paciente y efectuando un correcto seguimiento del mismo. Tradicionalmente, el paciente anciano recibía con más frecuencia glucocorticoides y menos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) o agentes biológicos. Las personas mayores de 65 años están poco representadas en los ensayos clínicos, pero se ha observado que no existen contraindicaciones para el uso de FAME tradicionales y anti-factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF). Los datos obtenidos en los registros nacionales de diferentes países confirman una eficacia y una seguridad similares a la de los pacientes más jóvenes tanto en el uso de metotrexato como en el de los anti-TNF. Actualmente existen escasos datos sobre la administración de otros agentes biológicos en la población anciana con AR. En el seguimiento es importante tener en cuenta el riesgo aumentado de episodios adversos, especialmente con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y reconocer la necesidad de ajustar la terapia a las características y a las comorbilidades de cada paciente.

© 2011 SER. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Treatment of rheumatoid arthritis of the elderly

A B S T R A C T

In the international literature, rheumatoid arthritis (RA) of the elderly is considered to be that affecting persons aged over 65 years. Currently, this population comprises most series of patients with RA and includes both persons with disease onset after this age and those with chronic RA developing years previously. RA with onset after the age of 65 is called *elderly onset rheumatoid arthritis* (EORA) and shows slightly different clinical manifestations from RA developing in younger individuals. However, both the therapeutic arsenal used and the objectives proposed for the treatment of RA of the elderly differ little from those employed in younger patients. The same therapies are employed but are adapted to the particular characteristics of this population, such as pharmacokinetic changes, comorbidities, and an increased susceptibility to infection. The aim of treatment—disease remission—is the same as in younger patients. Excessive caution in the use of drugs may lead to suboptimal treatment, especially in the initial stages when the disease is more active, and leave irreversible sequelae. Treatment should be individually tailored to the patient's characteristics, with adequate monitoring. Traditionally, elderly patients more frequently received glucocorticoids and were rarely treated with disease-modifying antirheumatic drugs

Keywords:

Rheumatoid arthritis of the elderly
Treatment of rheumatoid arthritis of the elderly
Anti-tumor-necrosis factor therapy in elderly patients
The elderly
Safety

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgarcia.v.hlpr@salud.madrid.org (J.A. García Vadillo).

(DMARDs) or biological agents. People over 65 years are underrepresented in clinical trials but there seem to be no particular contraindications to the use of methotrexate or anti-tumor-necrosis factor (anti-TNF) agents in this population. Data from national registries in several countries have confirmed the similar safety and efficacy of DMARDs and anti-TNF agents in elderly patients. Data on the administration of other biological agents in the elderly are limited. Rheumatologists should be aware of the higher risk of adverse events in this population, especially when using non-steroidal anti-inflammatory drugs, and should recognize the need to adjust treatment to the individual characteristics and comorbidities of each patient.

© 2011 SER. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multisistémica autoinmune crónica de causa desconocida. Su principal manifestación es la afectación articular, caracterizada por la inflamación de las articulaciones diartrodiales con tendencia a la simetría y que en ocasiones se acompaña de manifestaciones sistémicas extraarticulares^{1,2}.

La prevalencia de la AR se encuentra entre el 0,5 y el 1% de la población²⁻⁴. La enfermedad reumatoide se puede iniciar a cualquier edad de la vida, aunque habitualmente se manifiesta en la edad adulta. Su prevalencia y su incidencia aumentan con la edad hasta alrededor de los 70 años. El 20-30% de los pacientes con AR inician la sintomatología a partir de los 60 años y en los países occidentales la AR puede afectar hasta al 5% de las mujeres mayores de 70 años^{2,5-7}. Estos hechos junto con el carácter crónico de la enfermedad y el mejor pronóstico de esta, gracias al mejor control de la AR, hacen que en las series de pacientes con AR exista un elevado porcentaje de enfermos que sobrepasan los 60 años y que la edad media de los pacientes en muchas de estas series se encuentre entre los 60-65 años^{6,7}. A pesar de que los ancianos con AR probablemente sea el grupo más numeroso de pacientes con AR, con frecuencia este grupo de edad se ha excluido de los ensayos clínicos, por lo que no se dispone de datos de eficacia y seguridad de la máxima evidencia. Además, la población anciana presenta frecuentemente comorbilidades asociadas que requieren múltiples tratamientos concomitantes y una mayor probabilidad de interacciones medicamentosas. Asimismo, las alteraciones debidas a cambios en el metabolismo asociados a la edad pueden alterar la farmacocinética de los fármacos e incrementar los efectos adversos.

En este artículo se indican las principales características del tratamiento de la AR del anciano. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, anciano es «aquel que tiene muchos años», sin que especifique cuántos son necesarios para el correcto uso del término. Obviamente, el ser humano no es eterno y suelen encuadrarse en este concepto los años finales de la vida de un individuo, y por lo general se equipara a la edad de jubilación habitual. En el caso que nos ocupa, la mayoría de trabajos sobre AR del anciano utilizan conceptual y arbitrariamente la edad de 65 años. Este límite quizás es demasiado bajo y se arrastra desde épocas anteriores, cuando las perspectivas de supervivencia eran más bajas, en especial para los pacientes con enfermedades crónicas como la AR. Además, las limitaciones, comorbilidades y perspectivas de supervivencia son muy diferentes entre una persona de 65 años frente a otra de 75 o 90 años. Al aplicar este límite de edad, en la práctica clínica nos encontramos con dos situaciones: el paciente que padece la enfermedad desde edades más tempranas y el paciente en el que la enfermedad se inicia a partir de estas edades, y ambas situaciones son motivo de nuestro estudio.

Manifestaciones clínicas

En el sujeto anciano con AR podemos diferenciar dos grupos: el de los pacientes con AR que iniciaron la enfermedad antes de los 65 años y el de los enfermos que presentan la enfermedad a partir

de esta edad. Este segundo grupo es conocido a escala internacional con el acrónimo EORA (*elderly onset rheumatoid arthritis*).

En el primer caso, en la evaluación clínica se observan fundamentalmente las secuelas físicas relacionadas con la duración y la actividad de la enfermedad, que son muy variables según el tiempo de evolución, la agresividad y el control de la enfermedad.

En el segundo caso es habitual observar diferencias con respecto a la AR que aparece en individuos más jóvenes. Tradicionalmente, se ha indicado que la AR de inicio en el anciano tiene menor predominio femenino, el inicio de la enfermedad suele ser más agudo, se acompaña en muchas ocasiones de síntomas constitucionales y rigidez articular incapacitante, y es frecuente la afectación de grandes articulaciones, en especial las de los hombros, pudiendo ser estas las primeras articulaciones afectadas⁸. Otras de las características es que suele cursar con velocidad de sedimentación globular (VSG) y otros reactantes de fase aguda muy elevados, aunque no debe olvidarse que en la población anciana es frecuente que los reactantes estén asociados a problemas no reumatológicos⁸. En cuanto a la positividad del factor reumatoide (FR), es necesario tener en cuenta que la población anciana puede presentar positividad para el FR a título bajo. La positividad de los anticuerpos anti péptidos citrulinados cíclicos es de gran utilidad en el diagnóstico diferencial con otros procesos y su presencia debe interpretarse como que nos encontramos ante una AR de inicio en el anciano⁹.

El diagnóstico se ha realizado aplicando los antiguos criterios de clasificación del ACR¹⁰ y en la actualidad hay que aplicar los nuevos criterios conjuntos de EULAR y ACR¹¹. El diagnóstico diferencial de la AR de inicio en el anciano en ocasiones es más complicado, porque procesos como la polimialgia reumática, el síndrome RS₃PE y las artritis cristalinas crónicas producen síntomas y signos similares.

Actualmente se considera que la AR del anciano tiene un pronóstico igual o peor que en el paciente más joven y se recomienda iniciar el tratamiento de forma potente y precoz aprovechando la ventana terapéutica⁸. En los últimos años se ha comprobado la importancia de iniciar de forma precoz el tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y/o biológicos que logran reducir la progresión radiológica y la discapacidad^{12,13}.

Tratamiento

El tratamiento de la AR del anciano persigue los mismos objetivos que en el paciente más joven, esto es, la remisión de la enfermedad y el control de las manifestaciones clínicas, previniendo el daño estructural, conservando la función articular y reduciendo la morbilidad y la mortalidad asociadas. Para conseguir estos objetivos, el arsenal terapéutico disponible es el mismo que en los pacientes jóvenes.

Hasta hace unas décadas ha existido una tendencia hacia un tratamiento más conservador en el paciente anciano con AR empleando más los glucocorticoides (GC) y los analgésicos, y administrando menos los FAME, las terapias combinadas, los agentes biológicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3391044>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3391044>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)