



Tratamiento de la artritis reumatoide

A. Movasat Hajkhan*, A. Turrión Nieves, C. Bohorquez Heras y A. Pérez Gómez

Departamento de enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Claves:

- Artritis reumatoide
- FAME sintéticos
- FAME biológicos
- Remisión

Keywords:

- Rheumatoid arthritis
- Synthetic DMARDs
- Biologic DMARDs
- Remission

Resumen

Introducción. La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación poliarticular que conlleva un daño articular erosivo y su consecuente incapacidad funcional.

Tratamiento. Hoy en día, disponemos de un amplio arsenal terapéutico, constituido principalmente por fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos y biológicos, cuyo objetivo terapéutico es conseguir la remisión de la enfermedad o, en su defecto, un bajo estado inflamatorio o actividad de la enfermedad.

Práctica clínica. En la práctica clínica, es necesario seguir una serie de pautas de actuación, consensuadas por expertos nacionales e internacionales, mediante las cuales se consigue controlar la enfermedad con mayor eficacia, y así evitar el daño estructural y la consecuente incapacidad.

Abstract

Treatment of rheumatoid arthritis

Introduction. Rheumatoid arthritis is a systemic disease characterised by polyarticular swelling that entails erosive joint damage and subsequent functional disability.

Treatment. Nowadays we have a vast therapeutic arsenal, consisting of mainly synthetic and biological disease-modifying drugs, whose therapeutic goal is to obtain disease remission or, failing that, a low inflammatory state or disease activity.

Clinical practice. In everyday clinical practice it is necessary to follow a series of guidelines agreed with national and international experts, in order to manage to control the disease with greater effectiveness and thus avoid structural damage and the subsequent disability.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica y crónica, siendo la membrana sinovial su principal órgano blanco. Se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico extraarticular en cualquier momento de su evolución. La inflamación de la membrana sinovial da lugar a la aparición de daño articular erosivo y dolor, donde están involucrados muchos elementos de la inmunidad innata y adaptativa. La inflamación produce una rápida pérdida del tejido muscular en torno a la articulación afectada, lo que

conjuntamente contribuye a la pérdida de la función articular¹⁻³. También se debe considerar que otras estructuras tienen revestimientos sinoviales, como las vainas de los tendones, y la inflamación de estos pueden producir la rotura del tendón. Es imprescindible identificar y tratar a los pacientes de manera precoz, para el control de la inflamación, permitiendo prevenir la destrucción articular y la discapacidad. El manejo de la AR se basa en la educación del paciente, las terapias físicas y ocupacionales y el uso de medicamentos. El tratamiento farmacológico no es curativo, y debe dirigirse a controlar la actividad inflamatoria, evitar la progresión de la lesión estructural articular y prevenir la invalidez de los pacientes. Para ello, hoy en día se dispone de un amplio arsenal terapéutico, dentro del cual se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los glucocorticoides (GC) intra-

*Correspondencia

Correo electrónico: atusam@yahoo.es

articulares u orales en dosis bajas y los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos y biológicos. La elección del tratamiento debe ser individualizada y depende de muchos factores como son: la duración de la enfermedad, la gravedad, la existencia de factores de mal pronóstico, la respuesta a tratamientos previos, las preferencias del paciente, etc.

El método general para el tratamiento de la AR ha cambiado mucho en los últimos años. El mensaje principal es conseguir la remisión de la enfermedad o al menos una actividad inflamatoria mínima. Además, existe un periodo ventana o tiempo oportuno durante el cual, si el paciente es tratado correcta y adecuadamente, puede mejorar la evolución de la enfermedad a largo plazo. La EULAR sostiene el concepto de una «ventana de oportunidad» para un tratamiento eficaz, que puede ser tan corto como 3-4 meses. Asimismo, el tratamiento temprano con FAME biológicos puede lograr mejores tasas de respuesta clínica y evitar daño estructural articular⁴.

Además, el creciente avance de conocimiento sobre la patogenia y nuevos tratamientos biológicos para la AR hacen necesaria la creación de guías o consensos nacionales e internacionales, sobre la práctica clínica, que sirven de referencia para todos los profesionales implicados en la atención de pacientes con AR, especialmente reumatólogos. Asimismo, existe la necesidad de actualizar dichas guías según se avanza en el conocimiento de la enfermedad y la aparición de nuevas dianas terapéuticas.

Tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico, es necesario solicitar las siguientes pruebas complementarias:

1. Pruebas analíticas con determinación de hemograma completo, bioquímica con determinación de creatinina sérica y perfil hepático, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva (PCR).
2. Serología de virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC): previo comienzo de terapia con metotrexato (MTX), leflunomida (LEF) y fármacos biológicos.
3. Estudio oftalmológico, incluyendo el examen de la retina y pruebas de campo visual, en caso de uso de hidroxiclo-roquina (HCQ) como terapia y posteriores revisiones anuales.
4. Pruebas para la detección de tuberculosis latente: se hará mediante la realización de una radiografía de tórax y pruebas de Mantoux/Booster y/o QuantiFERON, principalmente si existe intención de uso de terapia biológica.

Fármacos modificadores de los síntomas

Antiinflamatorios no esteroideos

Se trata de un complemento terapéutico de acción únicamente sintomática. Es importante señalar que los AINE no alteran el curso de la enfermedad, por lo que no deben usar-

se como tratamiento único y nunca sustituyen a los FAME⁵. Existe evidencia de superioridad de unos AINE sobre otros, por lo que se recomienda utilizar el que mejor se adapte a las características del paciente y, según su perfil de seguridad, valorar la necesidad de utilizar gastroprotección⁶.

Glucocorticoides

Los GC tienen acciones analgésicas y antiinflamatorias comprobadas en la AR. De los GC orales, prednisona y prednisolona son los que más se utilizan en el tratamiento de la AR. En dosis bajas (menos de 10 mg/día de prednisona o equivalente), deben ser considerados como parte de la estrategia de tratamiento inicial, en combinación con uno o más FAME, pero se deben disminuir tan rápidamente como sea clínicamente posible. Siempre que sea posible, se recomienda una dosis única diaria a primera hora de la mañana. EULAR recomienda que deben ser considerados como parte de la estrategia terapéutica inicial y sugiere que se utilicen solo como terapia puente y limitar su uso a un máximo de 6 meses⁷.

En la AR de reciente comienzo, pueden retrasar la aparición de lesiones radiológicas y prevenir, con ello, la progresión del daño estructural. En cualquier estadio de la AR está justificado su uso como terapia antiinflamatoria potente hasta que los FAME ejerzan su acción⁸.

Existen muchos estudios clínicos que han llegado a demostrar los efectos beneficiosos de los GC en el daño articular en los pacientes con AR precoz, en los que se añadió una dosis baja de GC a otros FAME, logrando una disminución del 50% en la progresión radiológica^{9,10}. Según estos estudios, la dosis de GC que se debe administrar es baja, es decir, no mayor de 7,5 mg/día.

No obstante, el tratamiento glucocorticoide, sobre todo en dosis altas y prolongadas en el tiempo, se asocia a efectos secundarios graves que se mencionan a continuación.

Efectos secundarios agudos. Una reacción importante es la estimulación del sistema nervioso central que conduce a cuadros psicóticos. Este fenómeno no está bien comprendido y presenta un fuerte componente idiosincrático. Otro efecto adverso relevante es la insuficiencia adrenal aguda por supresión brusca del tratamiento glucocorticoide, situación que puede ser mortal. Una forma atenuada del síndrome de privación produce astenia, anorexia, náuseas, mareos, cefaleas, mialgias, artralgias, fiebre, hipotensión ortostática, depresión, intensa, descamación dérmica y eritema nodoso.

Efectos adversos crónicos. Estos son debidos al hipercortisolismo iatrogénico que se desarrolla por la terapia crónica, lo cual se refleja por supresión del eje hipotálamo-hipofisoadrenal, el aspecto *cushingoide* con obesidad central, hiperglobulia, intolerancia a la glucosa o hiperglucemia e hipercolesterolemia, tendencia a infecciones oportunistas y víricas, osteoporosis u osteonecrosis, pérdida de masa muscular cuyo grado extremo es la miopatía esteroidea, depresión, disforia, insomnio, trastornos digestivos variados, edemas por retención de sodio y agua (con riesgo de hipertensión y/o insuficiencia cardíaca en pacientes predispuestos) y alteraciones cutáneas (acné, estrías, hirsutismo, equimosis). Los GC pue-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681503>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681503>

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