

Problemas reumatológicos iatrógenos

B. Bannwarth

Las manifestaciones reumáticas son uno de los principales modos de expresión de los efectos secundarios de los fármacos. Dan lugar a cuadros clínicos muy variados, que van desde artralgiyas banales hasta auténticas mono o poliartritis, pasando por algodistrofias, tendinopatías, enfermedades del tejido conjuntivo (sobre todo lupus sistémico) y afecciones óseas (osteoporosis, osteomalacia, osteonecrosis) o musculares. El reconocimiento precoz de la causa iatrógena permite la suspensión rápida del fármaco responsable y, por consiguiente, la curación o, cuando menos, la regresión de los síntomas en la mayoría de los casos. De esta forma se evitan investigaciones inútiles. La hipótesis iatrógena se debe tener en cuenta en el diagnóstico etiológico de cualquier nuevo síntoma o enfermedad reumatológica. A excepción de los fármacos con complicaciones bien conocidas, para las que existen a menudo medidas preventivas, en ocasiones se han visto implicados muchos productos en afecciones osteoarticulares muy diversas. Por tanto, es conveniente consultar sistemáticamente los prospectos de todos los medicamentos que toma el paciente, o informarse en los centros de farmacovigilancia ante cualquier sospecha de reumatismo de origen medicamentoso.

© 2005 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Palabras claves: Reumatismo; Efectos farmacológicos secundarios; Hiperuricemia; Poliartritis; Lupus inducido; Tendinopatía; Osteoporosis

Plan

■ Introducción	1
■ Algodistrofias	1
■ Enfermedades por depósitos microcristalinos	2
Hiperuricemia y gota	2
Artritis tras inyección intraarticular	2
Depósitos de hidroxapatita	3
■ Artralgiyas y poliartritis	3
Vacunas	3
Instilaciones intravesicales de BCG	3
Interferones	3
Diversos fármacos	3
■ Colagenosis	3
Lupus sistémicos	3
Otras colagenosis	4
■ Artropatías diversas	4
Condriopatías	4
Hemartrosis	4
■ Trastornos periarticulares	4
Tendinopatías	4
Osificación de las inserciones óseas de los ligamentos e hiperostosis	4
■ Trastornos óseos	4
Osteoporosis	4
Osteomalacia	4
Osteonecrosis	5
■ Afectación muscular	5
■ Conclusiones	5

■ Introducción

Las manifestaciones reumáticas son una de las formas principales de expresión de los efectos farmacológicos secundarios. Se caracterizan por su polimorfismo clínico, predominando las artralgiyas banales y las simples mialgiyas, y el número creciente y constante de fármacos incriminados. Siempre se debe tener en cuenta la hipótesis iatrógena en el diagnóstico etiológico de cualquier síntoma o afección osteoarticular de nueva aparición ^[1] (Cuadro I).

■ Algodistrofias

Las algodistrofias de los miembros superiores son imputables a los barbitúricos («reumatismo gardenálico»), a la isoniazida, a los inhibidores de las proteasas contra el VIH, en particular el indinavir, o incluso a los antitiroideos de síntesis y al yodo radiactivo ^[1, 2]. Aparecen tras varios meses de tratamiento y suelen manifestarse por un síndrome hombro-mano, a veces bilateral. Evolucionan fácilmente hacia una fibrosis capsuloligamentosa, sobre todo en el hombro, que entonces se denomina «hombro congelado». La suspensión del medicamento en cuestión no es imperativa, pero facilita la recuperación funcional, con ayuda del tratamiento habitual de la algodistrofia.

Las algodistrofias inducidas por la ciclosporina afectan sobre todo a los miembros inferiores. Aparecen de dos a cuatro meses después del trasplante renal o cardíaco, y se manifiestan por un síndrome algico poliepifisario invalidante, que a menudo disminuye tras reducir la posología ^[1].

Cuadro I.

Medicamentos más frecuentemente implicados en las principales afecciones reumáticas iatrógenas.

Cuadro clínico	Principales fármacos inductores
Algodistrofia	<ul style="list-style-type: none"> • barbitúricos • isoniazida
Hiperuricemia o gota	<ul style="list-style-type: none"> • antiviricos contra el VIH (antiproteasas) • diuréticos (espironolactona) • pirazinamida • alopurinol^a
Artritis postinfiltración	<ul style="list-style-type: none"> • corticoides en suspensión • ácido hialurónico
Artralgia o poliartritis	<ul style="list-style-type: none"> • vacunas: rubéola, hepatitis B • BCG intravesical • interferones • sulfamidas • alopurinol • quinolonas (niños ++)
Lupus sistémico	<ul style="list-style-type: none"> • acebutolol • carbamazepina • clorpromazina • anti-TNF α • minociclina • sulfasalazina
Tendinopatías	<ul style="list-style-type: none"> • fluoroquinolonas +++ • estatinas
Entesopatías o hiperostosis	<ul style="list-style-type: none"> • retinoides de síntesis
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> • corticoides sistémicos +++ • análogos de la gonadolibarina
Osteomalacia	<ul style="list-style-type: none"> • anticonvulsivos • colestiramina • etidronato
Osteonecrosis aséptica	<ul style="list-style-type: none"> • corticoides sistémicos
Miopatía necrosante	<ul style="list-style-type: none"> • hipolipidemiantes (fibratos, estatinas)

^a Crisis aguda de gota en la instauración del tratamiento hipouricemiante.

■ Enfermedades por depósitos microcristalinos

Hiperuricemia y gota

A excepción de la espironolactona, los diuréticos son los principales causantes de hiperuricemias secundarias. Después de varios años, pueden desembocar en una gota, sobre todo en mujeres de edad avanzada, teniendo como particularidad la constitución silenciosa de tofos y que las crisis agudas son raras [1]. Sin embargo, hay riesgo de litiasis renal, ya que la hiperuricemia se debe a una disminución de la uricosuria. En la práctica, una uricemia superior a 600 $\mu\text{mol/l}$ justifica el tratamiento corrector con alopurinol si se debe mantener el diurético [2].

Del 30 al 80% de los pacientes sometidos a trasplante de corazón o de riñón presentan hiperuricemia crónica multifactorial, conjugándose los efectos de la insuficiencia renal, los diuréticos y la ciclosporina [1]. De esta forma, del 5 al 30% de estos pacientes, incluidos los adultos jóvenes y las mujeres, padecen crisis de gota, iniciándose en general al cabo de 18 o 24 meses [1].

Un antituberculoso, la pirazinamida, tiene gran capacidad hiperuricemiante, resistente al alopurinol; puede producir una gota en algunas semanas [1]. El etambutol y pequeñas dosis de aspirina también aumentan la uricemia, aunque de forma más moderada [1].

Las hiperuricemias agudas de la quimioterapia anticancerosa dan lugar sobre todo a una precipitación de uratos en el riñón y a una anuria, por lo que sistemáticamente se aplica profilaxis con alopurinol, urato-oxidasa o rasburicasa.

Las artritis agudas en el período inicial del tratamiento hipouricemiante en pacientes con gota merece una mención

especial: además de informar al paciente de este riesgo, es conveniente prevenirlo recetando el hipouricemiante a distancia suficiente de la crisis, con una posología progresiva, y asociado a un antiinflamatorio, como la colchicina (1 mg/día), durante algunos meses [1].

Finalmente se deben citar los productos que sin tener una acción probada en el metabolismo del ácido úrico, pueden provocar crisis en algunos pacientes con gota. Es el caso de las vitaminas B1 y B12, los retinoides y los antiulcerosos inhibidores de la bomba de protones (IBP) o anti-H₂.

Artritis tras inyección intraarticular

La inyección intraarticular de corticoides en suspensión puede provocar una sinovitis aguda microcristalina en el 1-6% de los casos [1]. La reacción aparece horas después de la infiltración y desaparece en 1 o 2 días con ayuda de reposo, analgésicos, aplicación de hielo o artrocentesis, con la que se obtiene a veces un líquido puriforme pero estéril. El cultivo bacteriológico ayuda a realizar un diagnóstico diferencial con la artritis séptica, un accidente que se ha vuelto excepcional (1/14.000 a 1/50.000 infiltraciones), cuyo tiempo de latencia es más largo y cuyos signos son menos evidentes que los de la artritis microcristalina [1].

Se han dado también casos de reacciones inflamatorias locales en el 2-4% de los pacientes en los que se ha realizado una administración intraarticular de ácido hialurónico por una gonartrosis sintomática [3]. Se observan generalmente en las 24 horas siguientes a la segunda inyección, y se deben aplicar medidas similares a las descritas para los corticoides. Su aparición no parece comprometer el resultado del tratamiento de la artrosis y las recidivas no son sistemáticas si posteriormente se aplican inyecciones [3].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9294536>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9294536>

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