
TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Natalia Patricia Barreto,
Dra. Claudia Andrea Correia Da Silva, Dra. Elina Mabel Cuadros Primorac

Resumen:

El manejo óptimo de la enfermedad se orienta hacia el mantenimiento y mejoramiento de la función articular. Esto implica la necesidad de disminuir el dolor, prevenir la destrucción articular y conservar o mejorar el estado funcional del paciente.

Palabras claves: artritis reumatoidea, tratamiento, calidad de vida.

Summary:

The optimal management of disease is orientating to the maintenance and improvement of the articulate function. This implicate the necessity of fall and prevent the destruction articulate and conserve or improve the patient's functional condition.

Key words: rheumatoid arthritis, treatment, quality life.

INTRODUCCION

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones que afecta inicialmente a la membrana sinovial articular. Con la evolución de la enfermedad pueden aparecer erosión ósea y destrucción del cartílago articular, llevando a la pérdida completa de la integridad de la articulación. Por último pueden afectarse sistemas orgánicos múltiples.⁽¹⁾

Objetivos: El objetivo de la presente revisión bibliográfica consiste en describir el tratamiento de la artritis reumatoidea, dando importancia a los nuevos fármacos y al inicio precoz de la terapia.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó la búsqueda en libros de medicina interna y en páginas de Internet, usando buscadores como Google y PubMed, restringiendo la misma al período comprendido entre los últimos cinco años (2002-2007). Para realizar el rastreo utilizamos palabras claves como artritis reumatoidea (rheumatoid arthritis), tratamiento de la artritis reumatoidea (rheumatoid arthritis treatment), terapia neoadyuvante y artritis reumatoidea (neoadjuvant therapy and rheumatoid arthritis).

DESARROLLO

Tras la fase aguda se debe mantener un programa de fisioterapia, incorporando progresivamente ejercicios.

Para evitar apoyos innecesarios o incorrectos es aconsejable el empleo de plantillas, bastones o muletas, así como dispositivos de autoayuda para las actividades diarias de higiene, calzado, etc., que faciliten una mejor independencia y calidad de vida.⁽²⁾

En general, la farmacoterapia de la artritis reumatoidea (AR) incluye antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el control del dolor, el uso selectivo de dosis bajas por vía oral o intraarticular de glucocorticoides, y, la iniciación

temprana de antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME).

Antiinflamatorios no Esteroides: Los AINES, los salicilatos o los inhibidores de la ciclooxigenasa 2, se aplican en el inicio de la AR para reducir el dolor y la tumefacción de las articulaciones. Debido a que no alteran la evolución de la enfermedad, no deben administrarse solos.

Los pacientes con AR tienen un riesgo doble de sufrir complicaciones más graves como consecuencia de la ingesta de AINES. Debe controlarse la aparición de síntomas gastrointestinales que oscilan desde gastritis a la úlcera preferentemente gástrica. Son aún más susceptibles pacientes con edad avanzada e historia previa de epigastralgia o de úlcera péptica. Por todo esto, se aconseja la toma de un protector gástrico.⁽³⁾ Los AINES también poseen efectos secundarios sobre riñón, hígado, sangre y sistema nervioso.⁽⁴⁾

Glucocorticoides: Los glucocorticoides se han empleado ampliamente en la AR, administrados en dosis equivalentes inferiores a los 10 mg de prednisona diarios son altamente eficaces para el alivio de los síntomas de la AR y pueden retrasar la lesión articular. Deben usarse dosis mínimas debido al riesgo elevado de efectos colaterales como osteoporosis, cataratas, síntomas cushinoides e hiperglucemia.⁽⁵⁾ El American College of Rheumatology (ACR) recomienda que los pacientes tratados con glucocorticoides reciban 1500 mg de calcio y de 400 a 800 UI de vitamina D diarios.⁽⁶⁾

Los glucocorticoides son útiles en las primeras etapas de la AR, bien solos, o asociados a AINES cuando estos no son eficaces en el control de la enfermedad.

El deflazacort es un nuevo compuesto de prednisolona, con efectos antiinflamatorios similares a los de la prednisona pero aparentemente con menor acción sobre el metabolismo cálcico e hidrocarbonado, es una buena alternativa al tratamiento con prednisona o

prednisolona.⁽⁷⁾ La inyección intraarticular o en partes blandas de glucocorticoides puede estar indicada ocasionalmente; generalmente cuando hay una sola articulación que provoca una discapacidad importante.⁽⁸⁾

Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad: Los FARME deben ser considerados para todos los pacientes con AR. Los medicamentos más usados son el metotrexato, la hidroxicloroquina, sulfasalazina, leflunomida, infliximab y el etanercept. En general, la primera elección recae sobre la sulfasalazina o la hidroxicloroquina pero en los casos más graves el tratamiento de primera línea es el metotrexato o una terapia combinada.

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico. Administrado a dosis bajas, 7.5-25 mg semanales por vía oral o parenteral, es generalmente bien tolerado. Se sabe que el metotrexato actúa a nivel celular sobre las citocinas, sugiriendo que además de antiinflamatorio posee acción inmunosupresora, por lo tanto, exige frecuentes controles clínicos y bioquímicos para descartar posibles efectos secundarios.

La cloroquina e hidroxicloroquina son antiplásmodios que inhiben la liberación de prostaglandinas y enzimas lisosomales, además de la proliferación linfocítica y producción de inmunoglobulinas, probablemente vía bloqueo de interleuquina I y la modificación del procesamiento de antígenos por las moléculas HLA II alterando el PH lisosomal. La dosis aconsejable es de 250mg/día de cloroquina y 200-400 mg/día de hidroxicloroquina. Aunque no es frecuente, su principal efecto secundario es la toxicidad retiniana, la cual obliga a controles oftalmológicos seriados.⁽⁹⁾

ARME Modernos: En la actualidad, han aparecido fármacos con mecanismos de acción nuevos, como la leflunomida, los antagonistas del factor de necrosis tumoral y la anakinra.

La leflunomida es un inhibidor de una enzima intracelular necesaria para la síntesis de novo de las pirimidinas por los linfocitos activados, con lo cual retrasa la progresión radiológica de la lesión articular. Además se comprobó que previene la aparición de lesiones en el 80% de los pacientes durante un lapso de 2 años.⁽¹⁰⁾

Los antagonistas del factor de necrosis tumoral disminuyen los niveles de TNF-alfa, los cuales se hallan aumentados en el líquido sinovial de los pacientes con AR. El etanercept es una proteína de fusión soluble del receptor de TNF, alivia los síntomas con mayor rapidez, aproximadamente en dos semanas.⁽¹¹⁾

La Food and Drug administration (FDA) aprobó el tratamiento con rituximab, un anticuerpo de un receptor de superficie de las cé-

lulas B (anticuerpo del receptor de interleucina 6). El rituximab alivia los síntomas por más tiempo en pacientes con AR moderada a severa tratados previamente.⁽¹²⁾

La anakinra, un antagonista del receptor de interleucina I recombinante, es muy efectiva cuando se administra sola o en combinación con metotrexato.⁽¹³⁾

Terapias Adyuvantes: Existen otros tratamientos no farmacológicos como el ayuno y el suplemento en la dieta de ácidos grasos esenciales, también terapias de spa y ejercicios. A corto plazo se obtienen beneficios con la educación y el abordaje multidisciplinario del paciente. Cuando el dolor es inaceptable, la pérdida de la movilidad es importante o el deterioro funcional es grave, debe considerarse el tratamiento quirúrgico.⁽¹⁴⁾

DISCUSION

El American Collage of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis (ACRSRA) recomienda que los pacientes con sospecha de AR sean derivados dentro de los tres meses de iniciada la enfermedad para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento con FARME. El objetivo terapéutico es mantener la función articular y mejorar la calidad de vida, minimizando el dolor y la inflamación, y prevenir las complicaciones sistémicas.⁽⁶⁾

En décadas pasadas el tratamiento farmacológico de la AR se basaba en el alivio de los síntomas una vez establecido el diagnóstico, y solo se cambiaba la medicación o se agregaba otra al progresar la enfermedad. Sin embargo, ahora se recomienda comenzar con ARME tan pronto como sea posible para retardar la progresión de la enfermedad.⁽¹⁵⁾ Este nuevo enfoque terapéutico es el resultado de varios hallazgos de investigación:

- 1)El daño articular comienza precózmamente.
- 2)Los ARME brindan beneficios significativos cuando se administran precózmamente.
- 3)Los beneficios de los ARME pueden aumentar cuando se usan en combinación.
- 4)Han aparecido nuevos ARME con suficiente evidencia de efectos beneficiosos.⁽¹⁶⁾

CONCLUSION

La destrucción articular en la AR se inicia a las pocas semanas del comienzo de los síntomas.

El tratamiento precoz con antiinflamatorios no esteroides, glucocorticoides y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad retarda la progresión de las lesiones, resguardando las articulaciones, con el objetivo de brindar al paciente una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Caballero Uribe CV, Pinzón Cervantes L. Artritis Reumatoidea Tratada con Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral alfa (Anti-TNFa) y Tuberculosis Pulmonar. Revista Salud Uninorte [en línea] 2006 [fecha de acceso 14 de marzo de 2007]; 22 (1): 29-39. URL disponible en : http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=158&id_seccion=2613&id_ejemplar=4029&id_articulo=39075
2. Recalde Manrique JM. Tratamiento de la Artritis Reumatoide en Adultos. Boletín Terapéutico Andaluz [en línea] 2003 [fecha de acceso 15 de abril de 2007]; 19 (4). URL disponible en: http://e2salud.juntaextremadura.net/dgfiles/cimex/bt/BA2003_19_4.PDF
3. Farreras V, Rozman C. Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: Harcourt; 2004: vol 1: 1169.
4. Ortiz Aguilera E, Rodríguez Roca V, Challs Rodríguez E, Figueroa Puente Z. Respuesta al Tratamiento y Reacciones Adversas en pacientes con artritis reumatoidea. Revista Medisan [en línea] 2002 [fecha de acceso 14 de marzo de 2007]. URL disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=80&id_seccion=636&id_ejemplar=642&id_articulo=5953
5. Kasper DL, Hanser S, Braunwald E, Fauci AS, Longo DL, Jamenson JL. Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª ed. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 2006: vol 2:1984.
6. Chad L, Gary LB. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. American Collage of Rheumatology Subcomité on Rheumatoid Arthritis Guidelines. [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 de abril de 2007]; 46 (2): 328-329. URL disponible en: <http://www.rheumatology.org/publications/guidelines/raguidelines02.asp?aud=mem>
7. Amalia A, Van Everdingen AA, Jacobs JW, Siewertsz Van Reesema DR, Bijlsma JW. Low-dose prednisone therapy for patients with early active rheumatoid arthritis: clinical efficacy disease-modifying properties, and side effects. Ann InterMed [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 de abril de 2007]; 136 (1):12. URL disponible en: <http://www.annals.org/content/vol136/issue1/>
8. Sinzer RA. Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoidea. Medicina XXI [en línea] 2002 [fecha de acceso 18 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.medicina21.com/doc.php?op=enfermedades3&p=A&ef=Artritis%20reumatoide&id=1283>
9. O' Dell JR. Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. New England Journal of Medicine [en línea] 2004 [fecha de acceso 20 de abril de 2007]; 350: 2591-2602. URL disponible en: [http://content.nejm.org/cgi/content/full/350/25/2591?andorexactitleabs=and&search_tab=articles&tocsectionid=Original+Articles&tocsectionid=Special+Reports&tocsectionid=Special+Articles&tocsectionid=Videos+in+Clinical+Medicine&tocsectionid=Clinical+PracticeAORBClinical+Therapeutics&tocsectionid=Review+ArticlesAORBClinical+PracticeAORBClinical+Implications+of+Basic+ResearchAORBMolecular+MedicineAORBClinical+TherapeuticsAORBVideos+in+Clinical+Medicine&tocsectionid=EditorialsAORBPerspectiveAORBOutlookAORBBehind+the+Research&tocsectionid=Sounding+BoardAORBClinical+Debate&tocsectionid=Clinical+Implications+of+Basic+Research&tocsectionid=Health+Policy+ReportsAORBHealth+Policy+2001AORBQuality+of+Health+Care&tmonth=Apr&searchtitle=Articles&spec=Score+desc+PUBDATE_SORTDATE+desc&excludede=flag=TWEEK_element&hits=20&where=fulltext&andorexactfulltext=and&fyear=1996&fmonth=Nov&sendit=GO&searchterm=tumor+necrosis+factor+inhibitors+for+rheumatoid+arthritis&searchid=1&FIRSTINDEX=O&resourceType=HWCIT](http://content.nejm.org/cgi/content/full/350/25/2591?andorexactitleabs=and&search_tab=articles&tocsectionid=Original+Articles&tocsectionid=Special+Reports&tocsectionid=Special+Articles&tocsectionid=Videos+in+Clinical+Medicine&tocsectionid=Clinical+PracticeAORBClinical+Therapeutics&tocsectionid=Review+ArticlesAORBClinical+PracticeAORBClinical+Implications+of+Basic+ResearchAORBMolecular+MedicineAORBClinical+TherapeuticsAORBVideos+in+Clinical+Medicine&tocsectionid=EditorialsAORBPerspectiveAORBOutlookAORBBehind+the+Research&tocsectionid=Sounding+BoardAORBClinical+Debate&tocsectionid=Clinical+Implications+of+Basic+Research&tocsectionid=Health+Policy+ReportsAORBHealth+Policy+2001AORBQuality+of+Health+Care&tmonth=Apr&searchtitle=Articles&spec=Score+desc+PUBDATE_SORTDATE+desc&excludede=flag=TWEEK_element&hits=20&where=fulltext&year=2007&andorexactfulltext=and&fyear=1997&fmonth=Apr&sendit=GO&searchterm=therapeutic+strategies+for+rheumatoid+arthritis&search=1&FIRSTINDEX=O&resourceType=HWCIT)
10. Osiri M, Shea B, Robinson V, Suarez-Almazor M, Strand V, Tugwell P, Wells G. Leflunomida para el tratamiento de la artritis reumatoidea. La Biblioteca Cochrane Plus [en línea] 2007 [fecha de acceso 15 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab002047.html>
11. Scott DL, Kingsley GH. Tumor Necrosis Factor Inhibitors for Rheumatoid Arthritis. New England Journal of Medicine [en línea] 2006 [fecha de acceso 15 de abril de 2007]; 355: 704-712. URL disponible en: http://content.nejm.org/cgi/reprint/355/7/704.pdf?andorexactitleabs=and&search_tab=articles&tocsectionid=Original+Articles&tocsectionid=Special+Reports&tocsectionid=Special+Articles&tocsectionid=Videos+in+Clinical+Medicine&tocsectionid=Clinical+PracticeAORBClinical+Therapeutics&tocsectionid=Review+ArticlesAORBClinical+PracticeAORBClinical+Implications+of+Basic+ResearchAORBMolecular+MedicineAORBClinical+TherapeuticsAORBVideos+in+Clinical+Medicine&tocsectionid=EditorialsAORBPerspectiveAORBOutlookAORBBehind+the+Research&tocsectionid=Sounding+BoardAORBClinical+Debate&tocsectionid=Clinical+Implications+of+Basic+Research&tocsectionid=Health+Policy+ReportsAORBHealth+Policy+2001AORBQuality+of+Health+Care&searchtitle=Articles&spec=Score+desc+PUBDATE_SORTDATE+desc&excludede=flag=TWEEK_element&hits=20&where=fulltext&andorexactfulltext=and&fyear=1996&fmonth=Nov&sendit=GO&searchterm=tumor+necrosis+factor+inhibitors+for+rheumatoid+arthritis&searchid=1&FIRSTINDEX=O&resourceType=HWCIT
12. Roche. Artritis Reumatoidea: un nuevo tratamiento mejora la calidad de vida de los pacientes. Roche75.org.ar [en línea] 2006 [fecha de acceso 23 de enero de 2007]. URL disponible en: <http://www.roche.com.ar/empresa/novedades/2006/mar6.html>
13. Otero JC. Artritis Reumatoidea ¿Cómo se trata la AR?. Arthritis Foundation [en línea] 2007 [fecha de acceso 23 de abril de 2007]; 830: 121. URL disponible en: <http://www.arthritis.org/AFStore/ArthritisReumatoidea/artititreumatoidea6.asp>
14. 14-Tango D. Artritis reumatoidea. MedLinePlus Enciclopedia Médica [en línea] 2005 [fecha de acceso 20 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000431.htm>
15. Rindfleiseh JA, Muller D. Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoidea. Intramed [en línea] 2006 abril [fecha de acceso 23 de enero de 2007]; htm.58k disponible en: http://www.intramed.net/actualidad/art_1.asp?nomCat=Articulos&IDactualidad=40869
16. Espinoza LR. Artritis Reumatoidea precoz, parte II: Tratamiento. MedWave [en línea] 2005 [fecha de acceso 23 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.medwave.cl/congresos/Reumatologia2004/3/2.act>