

Nuevas Estrategias Terapéuticas para la Artritis Reumatoide

Jacques Sany

Chef du Service d'Immuno-Rhumatologie

La artritis reumatoide (AR) es una afección frecuente y potencialmente invalidante. Esta enfermedad tiene consecuencias profesionales graves, pudiendo llevar a la muerte prematura del paciente. Constituye, por tanto, un verdadero problema de salud pública. Es indispensable realizar un diagnóstico de la artritis reumatoide tan precoz como sea posible y llevar rápidamente a cabo un tratamiento de fondo. Se ha demostrado que un tratamiento de fondo temprano disminuye la mortalidad, mejora la calidad de vida y puede, en ciertos casos, frenar la evolución radiológica. La concepción del tratamiento de la AR está evolucionando. Esta evolución es debida al considerable progreso de las bioterapias, sobre todo anti-TNF α . El objetivo de un tratamiento precoz es obtener una remisión o una interrupción de la evolución de la enfermedad en el plano clínico, biológico y también radiológico. La terapia global multidisciplinaria sigue ocupando el mismo lugar. Las indicaciones terapéuticas dependen de los datos clínicos y de los factores de pronóstico. Estudios recientes muestran la superioridad del tratamiento precoz intensivo y el interés de una evaluación frecuente de la actividad de la enfermedad, por ejemplo, mediante el DAS 28 para fijar la conducta terapéutica.

El tratamiento de la AR combina la información y la educación del paciente, el enfoque médico-psicológico, las terapias farmacológicas generales y locales, la rehabilitación y el tratamiento quirúrgico. La elección del tratamiento de fondo depende del estado inflamatorio articular, de los factores predictivos de severidad, de la relación beneficio-riesgo del fármaco, pero también, de la opinión del paciente. El Metotrexato sigue siendo el fármaco piloto de la AR, asociado o no a una corticoterapia en dosis bajas. Puede combinarse eventualmente con otros tratamientos de fondo, como la hidroxicloroquina, la salazopirina o la ciclosporina, o a ciertas bioterapias. Las combinaciones terapéuticas utilizadas tempranamente dan mejores resultados que la monoterapia. Leflunomida puede dar

buenos resultados, pero desgraciadamente su tolerancia es mediocre.

Las bioterapias representan el mayor progreso en el tratamiento de la AR de los cinco últimos años. Los resultados de los anti-TNF α son extraordinarios en el 70% de los pacientes en el plano clínico, biológico y radiológico, hecho novedoso en Reumatología. Estos fármacos pueden, en efecto, frenar completamente la evolución radiológica de una AR. Disponemos actualmente de receptores solubles del TNF α (Etanercept: Enbrel®) o de anticuerpos monoclonales (Infliximab: Remicade®, Adalimumab: Humira®). Estos fármacos están indicados en AR severas y activas que no han respondido al Metotrexato o eventualmente a Leflunomida. Antes de prescribirlos, hay que tener en cuenta la relación beneficio-riesgo y realizar un control clínico, biológico y radiológico apropiado. En ciertos casos, las bioterapias anti-interleuquina 1 (Anakinra, Kineret®) pueden ser interesantes, pero su eficacia es netamente inferior a la de los anti-TNF α .

Cuando fracasan los anti-TNF α , otras bioterapias experimentales pueden ser propuestas, como el CTLA4 Ig o Rituximab, anticuerpo monoclonal anti-CD20 dirigido contra los linfocitos B, cuyos resultados clínicos son muy prometedores.

Es probable que las nuevas estrategias terapéuticas de la AR cambien la evolución de esta enfermedad. Desde ahora, se puede ya constatar que algunos pacientes vuelven a tener una calidad de vida normal, pudiendo volver a trabajar y a practicar deporte, cosa inimaginable hace solamente cinco años.