

Riesgo de infarto de miocardio en pacientes con artrosis y espondiloartritis en tratamiento con anti-inflamatorios no esteroideos.

Teresa Otón. InMusc (Instituto de Salud Musculoesquelética).

PALABRAS CLAVE: Enfermedad cardiovascular, AINE, espondiloartritis.

KEYWORDS: *Cardiovascular disease, NSAIDs, spondyloarthritis.*

Especialidades: Cardiovascular, Farmacología, Medicina General, Reumatología

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=29674321>

ABSTRACT

Las espondiloartritis están asociadas con un riesgo aumentado de infarto de miocardio (IM), en relación con la inflamación subyacente y posiblemente también por el uso de determinados tratamientos, como los anti-inflamatorios no esteroideos (AINE.) En este trabajo se describe el riesgo de IM entre los pacientes con espondiloartritis en tratamiento con AINE y se compara este riesgo con el de los pacientes con artrosis.

Spondyloarthritis (SpA) is associated with an increased risk of myocardial infarction (MI) due to underlying inflammation and possibly due to medications such as certain non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). We sought to describe MI risk among patients with SpA who were prescribed NSAIDs, and to compare the pattern of risk in SpA with that in osteoarthritis (OA).

RESUMEN

El riesgo de IM está aumentado en muchas enfermedades reumáticas sistémicas, incluyendo la artritis reumatoide, la artritis psoriásica y otras formas de espondiloartritis. Las razones para este aumento del riesgo son múltiples, como mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, la inflamación sistémica y el uso de algunos fármacos.

Los AINE son en la actualidad el tratamiento de base para la espondiloartritis axial y artritis psoriásica. En este trabajo se presenta un estudio de casos y controles. Dentro de la cohorte espondiloartritis (n 8140) y la cohorte de artrosis (n 244339) hubo 115 y 6287 casos de IM respectivamente. Después del ajuste, el uso actual de diclofenaco en espondiloartritis se asoció con un OR de 3,32 para el IM. El naproxeno no se asoció con ningún aumento.

COMENTARIO

Este estudio plantea que el uso de ciertos AINE como el diclofenaco aumenta el riesgo de IM en pacientes con espondiloartritis por dos o tres veces. Este riesgo es distinto en los pacientes con artrosis. El uso actual de naproxeno parece no aumentar el riesgo de IM en espondiloartritis o artrosis.

El beneficio analgésico de los AINE parece ser dependiente de la dosis, al igual que el riesgo de IM. Por este motivo, las recomendaciones EULAR (2), aconsejan considerar analgésicos adicionales en un esfuerzo por reducir la dosificación de AINE requerida.

Anteriormente, una revisión Cochrane (3) determinó que no había beneficio adicional al comparar la monoterapia versus la combinación en adultos con diagnóstico de artritis inflamatoria: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y otras espondiloartritis.

Vale la pena señalar que ninguno de estos estudios evalúa el valor del tratamiento de combinación para pacientes con artritis inflamatoria que tienen dolor persistente a pesar de la supresión óptima de la enfermedad. Los agentes adicionales que pueden resultar beneficiosos para reducir las dosis requeridas de AINE, si no mejoran el control del dolor en las erupciones agudas incluyen pregabalina (4), duloxetina (4), tramadol (5), tapentadol (6) y buprenorfina (7)

Es por tanto necesario establecer un equilibrio adecuado entre la toma de AINE, necesario para la enfermedad de base y el riesgo de IM, y considerar el co-tratamiento con otros analgésicos para intentar tener una mejoría sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. White L, An GH, Vlok R. Multimodal analgesia to reduce NSAID induced myocardial Infarction. *Ann Rheum Dis.* 2018.
2. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(6):896-904.
3. Seideman P. Additive effect of combined naproxen and paracetamol in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1993;32(12):1077-82.
4. Angeletti C, Guetti C, Piroli A, Angeletti PM, Paladini A, Ciccozzi A, et al. Duloxetine and pregabalin for pain management in multiple rheumatic diseases associated with fibromyalgia. *Pain Pract.* 2013;13(8):657-62.
5. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Med Clin North Am.* 2016;100(1):55-64.
6. Pergolizzi J, Alegre C, Blake D, Alen JC, Caporali R, Casser HR, et al. Current considerations for the treatment of severe chronic pain: the potential for tapentadol. *Pain Pract.* 2012;12(4):290-306.
7. White LD, Hodge A, Vlok R, Hurtado G, Eastern K, Melhuish TM. Efficacy and adverse effects of buprenorphine in acute pain management: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Anaesth.* 2018;120(4):668-78.