

Me duelen las coyunturas: EII, los medicamentos o algo mas

Salvador Vilá MD
Reumatólogo
Escuela de Medicina UPR

AGENDA

- Introducción
- Metas principales
- Dolor en la población general
- El y dolor
 - "Think out of the box" – sé creativo
 - "Think in the box" – piensa en lo más común
 - Retos diagnósticos
- Resumen

INTRODUCCIÓN

- Las enfermedades sistémicas tienen un síntoma universal que las define. Pero muchas tienen otras manifestaciones que impactan de forma importante la calidad de vida, morbilidad y mortalidad.
- Por eso, este simposio va a explorar la relación entre la EI, el dolor y las manifestaciones en los ojos.

METAS

- Discutir las causas de dolor en una persona con EI.
- No se discutirán los tratamientos de las diferentes causas de dolor, solo mencionaré que el tratamiento:
 - Siempre que sea posible debe mejorar la EI y todos sus síntomas sistémicos
 - Si la EI está bien controlada y ocurre un síntoma sistémico no-intestinal, el tratamiento de EI no se debe cambiar.

Dolor en EII

¿Cuan frecuente es el dolor crónico?

Estudio NHANES

No dolor crónico (%)		Dolor crónico difuso (%)		Dolor crónico localizado (%)	
Todos	84.52	Todos	3.62	Todos	11.85
Hombres	49.92	Hombres	40.27	Hombres	43.61
Mujeres	50.08	Mujeres	59.73	Mujeres	56.39
Adulto jóvenes	42.00	Adulto jóvenes	27.09	Adulto jóvenes	31.21
Edad media	36.22	Edad media	52.66	Edad media	44.28
Mayores	21.78	Mayores	20.25	Mayores	24.51
Blancos	70.83	Blancos	77.92	Blancos	78.70
AfroAmericanos	11.38	AfroAmericanos	10.49	AfroAmericanos	9.15
Hispanos	17.79	Hispanos	11.59	Hispanos	12.15

Fuera de la caja

Causa de dolor	Ejemplos	Características clínicas
Problemas musculoesqueletales frecuentes en población general	Bursitis, tendonitis, espasmo muscular, osteoartritis, degeneración o herniación de discos	Dolor localizado en el área envuelta
Infecciones virales	HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, parvovirus B-19, Chikungunya	Artritis inflamatoria, artritis reactiva, artritis inflamatoria intermitente, dolor de músculo o coyuntura
Vacunación	COVID-19, influenza, Rubella, paperas y sarampión	Artritis, artralgia, mialgia, artritis inflamatoria intermitente, artritis inflamatoria auto-suprimida
Medicamentos	PPI, estatinas, fibratos, zidovudina, amiodarona, propiltiouracil, inhibidor de punto de control inmunitario	Mialgia, artralgia, miopatía inflamatoria (polymiositis/dermatomiositis), vasculitis

En la caja: medicamentos

Tipo de Medicamento	Nombre de medicamentos	Efectos Adversos
5-ASA Ácido 5-aminosalicílico	Sulfasalazina, mesalamina	Mialgia, eosinofilia, lupus inducido por drogas
Inmunosupresores que incluyen anti-metabolitos, inhibidores de monofosfato de inosina, inhibidor de calcineurina	Metotrexato, mofetil micofenolato, ciclosporina, tacrolimus	Mialgia, debilidad muscular, CPK elevada, dolor y quemazón en las piernas
Anticuerpos contra TNF alfa	Etanercept, adalimumab, Remicade, Inflectra, Renflexis, Simponi	lupus inducido por drogas, sarcoidosis, mialgia, debilidad
Anticuerpos contra IL12/23	Ustekinumab (Stelara); briakinumab; risankizumab (Skyrizi) (anti-IL-23 puro)	Mialgia, dolor de espalda, artritis
Anticuerpo contra integrina	Vedolizumab (Entyvio)	Mialgia (infecciones)

En la caja: medicamentos

Tipo de medicamento	Nombre(s) de medicamento	Efecto adverso
Inhibidor JAK	Xeljanz (tofacitinib), Rinvoq (upadacitinib) (para colitis ulcerosa)	Dolor de espalda, artritis, artralgia; H zoster
Corticoesteroides	prednisona, prednisolona	Dolores difusos al bajar la dosis

En la caja: enfermedades autoinmunes

Enfermedad	Serología	Hallazgos clínicos
Artritis relacionada a EI (hasta 30%)	Seronegativa	Oligo o poliartritis periférica, entesitis y dactilitis
Spondyloartritis Spa (hasta 36%)	Seronegativa o HLA-B27 positive	Dolor espalda baja inflamatorio, artritis en caderas y hombros
Psoriasis y artritis psoriática Prevalencia 3.6% y 2.8% en Crohn y CU respectivamente	Seronegative	Oligoartritis, poliartritis, Spa, dactilitis, entesitis.
Artritis Reumatoide Riesgo en CD y CU vs control 3.14 and 2.29x	Factor Reumatoide, anti-CCP Ab positivos in 90+%	Artritis inflamatoria simétrica, erosiva, deformante
Lupus Sistémico Eritematoso Prevalencia en EI aumentada (0.7 vs 0.3% en controles). Riesgo CU 1.67 y Crohn 2.23 vs controles	FANA, anti-ds DNA Ab, anti-Sm ab, anti-Ro y La Ab	Poliartritis no-erosiva, involucramiento renal, cardíaco, pulmonar, sistema nervioso central, piel, gastrointestinal
Hidradenitis supurativa, riesgo de CD 2.12 y 1.51x en CU	Ninguna	Abcesos múltiples en cara, axila, ingle

En la caja: enfermedades no-inflamatorias

Enfermedad	Serología	Manifestaciones clínicas
Fibromialgia Riesgo es 1.70x sobre controles 2x mas frecuente en varones Edad joven	Serología negativa	Dolor musculoesqueletal difuso "Fibro fog" Sueño no restaurativo Malestar y estámina pobre Dolor de cabeza Síndrome de Intestino Irritable Alodinia Hiperalgnesia

Retos diagnósticos

Un medicamento puede tratar más de una enfermedad, o puede mejorar una y activar la otra (anti-IL-17 como sekukinumab y ixekizumab)

Dolor y sensibilidad en coyunturas sin hallazgos inflamatorios requiere evaluación por ultrasonido

Cuando hay FMS puede ser difícil evaluar la presencia y severidad de síntomas musculoesqueletales

Cuando se está eliminando una medicina el dolor puede ocurrir por ausencia de la misma (esteroides)

Artritis inflamatorias sistémicas son más comunes a mayor duración de la EI

Puntos a recordar:

Dolor en EI

- En pacientes con Crohn y colitis ulcerosa, >50% tendrán síntomas musculoesqueletales. Esta es la manifestación extraintestinal más común.
- El referido para evaluación reumatológica ocurre en menos de 50% de los pacientes con síntomas musculoesqueletales.
- Se recomienda que el referido sea a reumatólogos con amplia experiencia en pacientes con EI.
- El adiestramiento en programas de reumatología debe incluir experiencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de problemas musculoesqueletales en pacientes con EI.