



MONOARTRITIS SEPTICA POR *M. tuberculosis* EN PACIENTE BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON ETANERCEPT

Autores: Pellice, M. F.; Chumbita, M.; Bellantig, M.; Aliaga, L.; Contreras, R.

PE 336

INTRODUCCIÓN

La terapia biológica, incluyendo los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF), ha revolucionado el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Asimismo con ellos ha aumentado la aparición de diferentes infecciones oportunistas, como la tuberculosis (TBC). Se sabe que la Atritis Reumatoidea (AR) es un factor de riesgo bien establecido para TBC, el cual se incrementa al iniciar el tratamiento inmunosupresor específico.

CASO CLÍNICO

Mujer 62 años, antecedentes de AR de 15 años de diagnóstico. PPD 0 mm.
En tratamiento con Metrotexate y Entanercept por más de 2 años.
Ingresa a clínica medica por flogosis local de rodilla izquierda asociado a impotencia funcional de 1 mes de evolución.
Se decide suspender terapia biológica y comienza tratamiento antimicrobiano empírico.
Cultivo de liquido articular positivo a *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia tratamiento con 4 drogas por nueve meses con buena evolución.

CONCLUSION

La introducción de los anti-TNF se asocio con varios reportes alertando sobre el incremento en la frecuencia de TBC.
La TBC tiene una presentación bifásica, siendo más frecuente la presentación temprana (reactivación) dentro de los tres meses de iniciado el tratamiento con anti-TNF y una presentación tardía (promoinfección) a partir de los dos años.
Asimismo la presentación puede ser atípica y en la mayoría de los casos con formas extrapulmonares. Se recomienda el screening previo al inicio del anti-TNF con Rx. de tórax, PPD o QuantiFERON-TB y tratamiento de TB latente o activa, según corresponda previo al inicio de la terapia biológica.

Biologic	FDA-approved indications (as of 1 November 2016) ^a	RR of TB compared to that in the general population
Adalimumab	AS, JIA, RA, Ps, PsA, Crohn's, UC	29.3 (95% CI, 20.3–42.4) (3) based on SIR (standardized for age and sex)
Infliximab	AS, RA, Ps, PsA, Crohn's, UC	18.6 (95% CI, 13.4–25.8) (3) based on SIR (standardized for age and sex)
Etanercept	AS, JIA, RA, Ps, PsA	1.8 (95% CI, 0.7–4.3) (3) based on SIR (standardized for age and sex) 3.5
Certolizumab pegol	AS, RA, PsA, Crohn's	No definite increase in RR in pooled data from RCTs (4)
Golimumab	AS, RA, PsA, UC	No definite increase in RR in pooled data from RCTs (5)
Rituximab	Chronic lymphocytic leukemia, non-Hodgkin lymphomas, granulomatosis with polyangiitis, microscopic polyangiitis, RA	No definite increase in RR in pooled data from RCTs (6)
Tocilizumab	JIA, RA	No definite increase in RR in pooled data from RCTs (7)
Vedolizumab	UC, Crohn's	No definite increase in RR from drug safety data (8)
Ustekinumab	Ps, PsA, Crohn's	No definite increase in RR from drug safety data (9) First choice in patients with PsA at high infection and TB risk (10)
Abatacept	JIA, RA	No definite increase in RR in pooled data from RCTs (6)

^aAS, ankylosing spondylitis; Crohn's, Crohn's disease; JIA, juvenile idiopathic arthritis; Ps, plaque psoriasis; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; RCTs, randomized controlled trials; UC, ulcerative colitis.