

Cartas al Director

Monoartritis tuberculosa tras tratamiento con adalimumab en enfermedad de Crohn

Palabras clave: Monoartritis tuberculosa. Adalimumab. Crohn.

Key words: Tuberculosis monoarthrosis. Adalimumab. Crohn.

Sr. Editor:

Los anti TNF- α son fármacos que han demostrado su utilidad en diversas enfermedades reumatológicas de base autoinmune y en la enfermedad inflamatoria intestinal. Su afinidad al factor de necrosis tumoral alfa impide la activación de la cascada proinflamatoria en estas patologías. El adalimumab es un anticuerpo monoclonal humano que se administra de manera subcutánea. Tras diversos estudios sobre su seguridad se ha llegado a la conclusión de que es un fármaco bien tolerado aunque no exento de efectos adversos. La mayoría de ellos son leves aunque se han descrito casos de linfomas, procesos desmielinizantes e infecciones. La tuberculosis activa es una contraindicación para su administración según la ficha técnica, si bien la tuberculosis latente exige iniciar profilaxis antituberculosa. A continuación presentamos un caso de paciente con enfermedad de Crohn que, tras recibir adalimumab, fue diagnosticada de monoartritis tuberculosa de muñeca en el marco de una tuberculosis miliar.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 55 años diagnosticada de enfermedad de Crohn ileocólica trece años antes que precisó resección de ileon terminal y ciego en el momento del diagnóstico. Durante este periodo había tenido un buen control de su enfermedad con azatioprina 100 mg diarios como tratamiento.

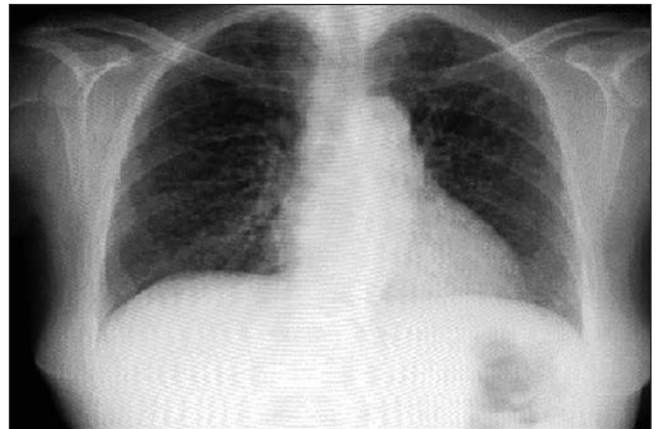


Fig. 1. Rx tórax: Patrón micronodular bilateral.

Presentó un cuadro de diez deposiciones diarias y dolor abdominal difuso sin alteraciones analíticas pese al tratamiento inmunomodulador, por tanto, se planteó asociar un anti-TNF. Tras realizar una serología de VHB y VHC negativa, Mantoux negativo, booster negativo y placa de tórax normal; se introdujo el adalimumab 80 mg el primer día y, posteriormente, 40 mg cada dos semanas.

A los dos meses del inicio de la nueva terapia, la paciente ingresó en nuestro hospital a cargo del servicio de Reumatología refiriendo dolor e impotencia funcional en muñeca izquierda que no cedía tras toma de antiinflamatorios, asociada a febrícula. Los parámetros analíticos eran normales salvo una VSG de 54 mm/h. La resonancia de muñeca mostró una sinovitis de grado moderado con afectación de las vainas tendinosas flexoras sin signos de osteomielitis. Los hemocultivos y el examen de orina fueron negativos. La placa de tórax mostraba un patrón micronodular en ambos campos pulmonares (Fig. 1) y la TAC torácica (Fig. 2) un patrón micronodular intersticial diseminado con adenopatías mediastínicas (la mayor de 2 cm). La paciente presentó un cuadro sincopal por el que se indicó una resonancia cerebral en la que se evidenciaron múltiples microabscesos en región cerebelosa y tronco de encéfalo. El nuevo Mantoux fue positivo y el cultivo



Fig. 2. TAC tórax: patron micronodular intersticial.

del lavado bronquioalveolar mostró la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. Tras una limpieza quirúrgica del carpo izquierdo y el inicio de tratamiento tuberculostático, la paciente presentó una buena evolución.

Discusión

La aparición de una tuberculosis miliar pocas semanas después del inicio de tratamiento con adalimumab nos orienta a pensar

que la paciente ya presentaba una tuberculosis latente no detectada en el estudio previo a la terapia biológica. La reactivación de la infección se presentó como monoartritis, de una manera poco habitual. En los pacientes en los que se inicia una terapia inmunosupresora es conveniente vigilar las posibles infecciones antes, durante e incluso después de finalizar el tratamiento.

Alejandro Martínez Caselles, Cristina Martínez Pascual,
María Muñoz Tornero, Antonio Sánchez Torres
y Fernando Carballo Álvarez

*Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

Bibliografía

1. Blanco Pérez JJ, Aranda Torres A, Pego Reigosa JM, Núñez Delgado M, Temes Montes E, Guerra Vales JL. Pulmonary tuberculosis associated to adalimumab: a study of 3 cases. *Arch Bronconeumol* 2010;46:203-5.
2. Ferran M, Pujol RM. Seguridad del adalimumab. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99(Supl.3):15-24.
3. Colombel JF, Sandborn WJ, Panaccione R, Robinson AM, Lau W, Li J, et al. Adalimumab safety in global clinical trials of patients with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1308-19.