

EDITORIAL

Els corticosteroides en reumatologia

J. Carbonell i Abelló*

El 1946 començaren els assaigs del corticosteroides a l'artritis reumatoide. Poc després tothom coneixia llurs meravellosos efectes sobre la malaltia i el seu ús es generalitzà. Anys més tard s'anaren veient llurs efectes secundaris. La hiperglucèmia, les fractures i la síndrome de Cushing començaren a complicar una malaltia que només estava soterrada afegint-hi nous problemes i noves incapacitats. Gairebé quaranta anys més tard, passada l'eufòria i la fúria, les indicacions dels corticosteroides són concordants arreu, així com ho són les dosis utilitzades i les pautes d'administració, alhora que hem après nous efectes adversos. Crec que la seva administració és avui més prudent i que els malalts han après també que el medicament és menys miraculós i sovint hi ha resistències a prendre'ls.

La progressiva desaparició dels preparats farmacològics amb barreges de medicaments ha fet clar tant per al metge com per al malalt el que prenen i el que donen, fent desaparèixer les sorpreses de llargues corticoiditzacions per error.

Si hi ha alguna especialitat en radical transformació, aquesta és la reumatologia, ja que l'ortodòxia és poc clara. Tractem de diverses formes d'artritis i el dolor. Les malalties que reben les nostres atencions són d'origen encara inexplicable, d'història natural llarga i d'evolució a brots. L'absència de tractaments etiològics i la naturalesa oscil·lant de la malaltia fa que l'efecte dels fàrmacs utilitzats sigui de difícil comprovació.

Com a reumatòleg veig els efectes dels corticosteroides, puix que els utilitzo i veig també els efectes adversos dels que jo dono i els dels que els altres utilitzen, i que afecten fonamentalment l'aparell locomotor.

Actualment els esteroïdes ens són oferts en tota mena de preparacions: orals, parenterals, nebulitzadors, aerosols, cremes, etc. Hem d'ésser tots conscients que, sigui quina sigui la via d'administració seleccionada, el medicament tindrà efectes sistèmics i, conseqüentment, podrà donar lloc a reaccions adverses.

Les infiltracions articulars repetides poden provocar signes cushingoides i els corticosteroides donats per la hipertensió endocraniana o el trasplantament poden donar lloc a diabetis, fragilitat capil·lar, osteoporosi amb fractures i osteonecrosis òssies.

Malgrat la considerable restricció en l'ús dels corticosteroides, el col·lectiu de població constantment o intermitentment sota llurs efectes és molt ampli. Els asmàtics en continuen prenent, pocs artrítics reumatoïdes no en prenen de

tant en tant, al·lèrgies, urticàries, malalties cutànies i infiltracions fan que molts dels nostres conciutadans en siguin subjectes probables de les seves administracions i toxicitats.

En donar qualsevol medicament sotmetem el malalt a un risc. Si ho fem, n'hem d'obtenir el màxim benefici, però sempre amb el mínim risc. Per aconseguir aquesta fita és bàsic un correcte diagnòstic que permeti seleccionar un tractament apropiat. Si el tractament apropiat són els corticosteroides, hem de tenir presents les següents normes:

L'administració en dosi única al matí afecta menys l'eix hipotàlem-hipofiso-suprarenal (HHS).

En dosis inferiors a 6 mg/24 h de metil-prednisolona o anàlogues, l'eix HHS queda poc afectat malgrat que el tractament sigui llarg.

Els tractaments curts però amb dosis superiors a 20 mg/24 h de prednisolona o anàlogues, de més de 7 dies, afecten ja l'eix HHS.

Els tractaments amb dosis alternants (alta un dia i menor o zero l'altre) disminueixen els efectes adversos del medicament.

És necessària la disminució gradual del medicament en tractaments mitjans i llargs.

En reduir les dosis cal adaptar-se al patró alternant.

Els corticosteroides augmenten la depuració renal de salicilats, disminuint llurs concentracions plasmàtiques. Atès que sovint coincideixen en un mateix malalt, cal estar atent a les toxicitats a causa dels salicilats en reduir les dosis del corticosteroide.

En situacions d'hipoalbuminèmia els corticosteroides lliures (no lligats a l'albumina i, per tant, actius) augmenten i per tant també ho fan els efectes adversos. Cal doncs utilitzar dosis menors en aquestes situacions.

Els antiàcids no afecten l'absorció digestiva dels corticosteroides. Poden, doncs, utilitzar-se simultàniament per guarir o prevenir les toxicitats sobre la mucosa digestiva.

Els corticosteroides de vegades influeixen intensament en l'estat anímic i el comportament dels malalts.

Les infiltracions tenen sempre risc de toxicitat.

Una infecció articular iatrogènica és sempre potencialment greu i els corticosteroides empitjoren la seva evolució.

Les infiltracions repetides poden donar lloc a totes les toxicitats dels esteroïdes incloent algunes com ara la cetoacidosis diabètica i les necrosis avasculares.

Les infeccions compliquen tota mena de tractaments amb corticosteroides. En quatre anys d'utilització al nostre servei hem patit una tenosinovitis estafilocòccica complicant una infiltració per una síndrome del canal carpià, una pneumònia tuberculosa en un lupus eritematos, dos herpes greus i una artritis pneumocòccica agreujada per una infiltració. Suposo que poden haver-n'hi més, però no les hem diagnosticades.

En tractaments amb corticosteroides que pretenen immunosupressió, els immunosupressors ajuden a disminuir les

*Secció de Reumatologia. Hospital Ntra. Sra. de L'Esperança. C/ Sant Josep de la Muntanya, 12. 08024 Barcelona.

Correspondència:

Dr. J. Carbonell Abelló. Edifici Ideal Pavillón. Carretera vella del Tibidabo a Barcelona, Esc. A. Pral. 08022 Barcelona.

Ann Med (Barc), 1986, 72:137-138.

dosis dels corticosteroides i fer possibles els patrons d'administració alternant. Ens han estat molt útils en dos casos de polimiositis i en algun cas de lupus eritematós disseminat.

Infiltrar amb corticosteroides una articulació inflamada obliga a excloure amb seguretat la infecció articular ja que, si existís, la seva evolució seria més subaguda, més destructiva i deixaria amb certesa seqüeles funcionals permanents un cop guarida.

No infiltrar mai sobre una lesió cutània (placa de psoriasi).

Les tendinitis cal tractar-les amb un conjunt de mesures terapèutiques, de les quals les infiltracions en són un element. Aquestes tenen un efecte incomplet si no hi afegim les altres, fent necessari repetir-les en excés.

Les infiltracions amb o sense rentat articular poden ajudar a controlar articulacions que persisteixen inflamades quan les altres han respost correctament a les medicacions de fons. Prèviament cal descartar amb seguretat una artritis sèptica.

A les artropaties degeneratives el seu ús serà excepcional. Infiltracions repetides sobre un genoll artròsic poden agreujar ja a mig termini la funció articular.

Hi ha al·lèrgies als corticosteroides.

Poden aparèixer trastorns de la pigmentació de la pell i atròfies subcutànies al lloc de les infiltracions.

Donats a petites dosis ajuden a controlar els brots molt inflamatoris d'artropaties com l'artritis reumatoide o el reumatisme psoriàtic.

La seva administració perjudica l'evolució de l'hepatitis.

En tractaments mitjans o llargs nosaltres administrem 1,5 g de calci i 50.000 unitats setmanals de vitamina D com a profilaxi de la pèrdua de massa òssia, controlant l'efecte del tractament sobre el metabolisme mineral trimestralment.

Utilitzant una cobertura amb antiàcids i cimetidina hem prescrit amb èxit els corticosteroides a malalts ulcerosos.

En aquest text no vull afegir la inacabable llista de toxicitats dels corticosteroides, ni fer història d'una època recent en la qual es prescrivien pels motius més exòtics (al meu pare li'n donaven per aixecar-li la moral). Els nous temps ens porten a una uniformització positiva. Cada cop treballem més sota els mateixos criteris.

El meu coneixement de la feina comença per fi a ésser viscut. Ja no ho diuen solament els llibres, sinó que ja he vist fragilitats capil·lars espectaculars, cushings, osteonecrosis, fractures, lesions cutànies, diabetis, etc. De la mateixa manera que he vist els perills que comporten, també cal dir que m'han estat imprescindibles en situacions concretes d'algunes malalties que, fins i tot, feien perillar la vida del malalt. En definitiva, cal utilitzar-los només si cal i el temps necessari. Actuar d'una altra manera és sotmetre el malalt a un risc injustificat.

Bibliografia

1. Garber EK, Thin Fan P, Bluestone R. Realistic guidelines of corticosteroid therapy in rheumatic diseases. *Sem Arthritis Rheum* 1981; 9 (2):257-283.
2. Dudley Hart F. Corticosteroid therapy in the rheumatic disorders. *Clin Rheum Dis* 1980; 6 (3):533-543.
3. Martindale. Corticosteroid. 28 ed. Londres, Pharmaceutical Press, 1982.
4. Corticoid prescribing in rheumatoid arthritis. The fiction and the fact. *Br J Rheumatol* 1985; 24 (2):164-166.
5. Muñoz Gómez J. Corticoterapia en reumatología. *Med Clin* 1983; 80 (17): 755-757.