

Antiinflamatorios no esteroideos asociados a inhibidor de la bomba de protones o coxib en un paciente con riesgo de complicación gastrointestinal

Introducción

Ángel Lanás

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). CIBERehd. Zaragoza. España.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se encuentran entre los fármacos más utilizados en el mundo para aliviar los síntomas asociados a las enfermedades reumáticas. Se estima que no menos del 20% de la población adulta española utiliza estos fármacos durante al menos un mes al año¹. La aparición de los inhibidores selectivos de la COX-2, también llamados coxibs, en el mercado supuso un auge en la investigación de estos fármacos y en las perspectivas de tratamiento de los pacientes con una enfermedad musculoesquelética. Los bien conocidos efectos adversos gastrointestinales de los AINE se vieron reducidos con el uso de los inhibidores selectivos de la COX-2^{2,3}. Otros estudios han señalado también que la combinación de AINE clásicos con misoprostol o inhibidores de la bomba de protones (IBP) se asocian a una reducción del riesgo de desarrollar úlceras gastroduodenales y complicaciones ulcerosas^{4,5}. De esta manera, diversas sociedades y guías clínicas^{6,7} señalan que ambas estrategias (coxib solo frente a AINE clásico más IBP o misoprostol) puedan utilizarse indistintamente en pacientes con factores de riesgo gastrointestinal.

Sin embargo, la investigación con coxibs demostró que su uso se asocia a un incremento del riesgo cardiovascular^{8,9}. Los datos más recientes señalan también que este riesgo parece estar presente con el uso de la mayor parte de los AINE tradicionales¹⁰, lo cual ha dificultado la elección de las estrategias más adecuadas, ya que además de los fac-

CASO CLÍNICO

- Varón de 60 años, con historia de artrosis de cadera y rodilla que no se controla con paracetamol.
- Refiere fumar 5-7 cigarrillos/día, presión arterial normal. Colesterol: 230 mg/dl. Diabetes tipo 2 bien controlado desde hace unos 5 años.
- Tratado con aspirina 100 mg/día.
- Demanda alivio del dolor. Su médico de atención primaria decide tratamiento con AINE.

Fig. 1. Caso clínico.

tores de riesgo gastrointestinal deben también tenerse en cuenta los factores de riesgo cardiovasculares^{11,12}. Por otro lado, la práctica clínica con frecuencia desafía a las guías clínicas, que no siempre cubren todos los aspectos que se dan en el día a día de la asistencia a los pacientes. Una de las situaciones clínicas más frecuentes a las que nos enfrentamos es la del paciente que está tomando ácido acetilsalicílico en dosis bajas por problemas cardiovasculares y precisa AINE por presentar también problemas reumatológicos. Esta situación es un desafío para el manejo adecuado del paciente, en tanto en cuanto el uso de coxibs o AINE puede aumentar el riesgo cardiovascular, y la aspirina por sí misma incrementa el riesgo de hemorragia digestiva y parece potenciar la toxicidad gastroin-

Correspondencia: A. Lanás.
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Clínico Universitario.
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: alanas@unizar.es

testinal de AINE y coxibs. En este suplemento, se ha pedido a dos autores españoles que defiendan una estrategia predefinida (coxib frente a AINE clásico + IBP) ante un caso clínico concreto resumido en la figura 1, para finalmente intentar aunar la información disponible y realizar recomendaciones que puedan servir al médico en su práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanas A, Pérez-Aisa MA, Feu F, Ponce J, Saperas E, Santolaria S, et al; Investigators of the Asociación Española de Gastroenterología (AEG). A nationwide study of mortality associated with hospital admission due to severe gastrointestinal events and those associated with nonsteroidal antiinflammatory drug use. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:1685-93.
2. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. *N Engl J Med*. 2000;343:1520-8.
3. Schnitzer TJ, Burmester GR, Mysler E, Hochberg MC, Doherty M, Ehsam E, et al. Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial (TARGET), reduction in ulcer complications: randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;364:665-74.
4. Graham DY, Agrawal NM, Campbell DR, Haber MM, Collis C, Lukasik NL, et al. Ulcer prevention in long-term users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: Results of a double-blind, randomized, multicenter, active-and placebo-controlled study of misoprostol vs Lansoprazole. *Arch Intern Med*. 2002;162:169-75.
5. Chan FK, Chung SC, Suen BY, Lee YT, Leung WK, Leung VK, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *N Engl J Med*. 2001;344:967-73.
6. Wilcox CM, Allison J, Benzuly K, Borum M, Cryer B, Grosser T, et al; American Gastroenterological Association. Consensus development conference on the use of nonsteroidal anti-inflammatory agents, including cyclooxygenase-2 enzyme inhibitors and aspirin. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4:1082-9.
7. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum*. 2000;43:1905-15.
8. Bresalier RS, Sandler RS, Quan H, Bolognese JA, Oxenius B, Horgan K, et al. Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial. *N Engl J Med*. 2005;352:1092-102.
9. Solomon SD, McMurray JJ, Pfeffer MA, Wittes J, Fowler R, Finn P, et al. Cardiovascular risk associated with celecoxib in a clinical trial for colorectal adenoma prevention. *N Engl J Med*. 2005;352:1071-80.
10. Cairns JA. The coxibs and traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a current perspective on cardiovascular risks. *Can J Cardiol*. 2007;23:125-31.
11. Lanas A, Hunt R. Prevention of anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal damage: benefits and risks of therapeutic strategies [review]. *Ann Med*. 2006;38:415-28.
12. Scheiman JM, Fendrick AM. Summing the risk of NSAID therapy. *Lancet*. 2007;369:1580-1.