

CARTAS AL EDITOR



Primeras notificaciones espontáneas de sospechas de reacciones adversas a los nuevos antiinflamatorios selectivos sobre la ciclooxigenasa-2

Sr. Editor: He leído con interés el artículo publicado recientemente por Pedrós et al¹ en su Revista en relación con las primeras notificaciones espontáneas de sospecha de reacciones adversas a los nuevos antiinflamatorios selectivos de la COX-2, y me gustaría hacer varias puntualizaciones.

En el año 1997, en los EE.UU. fallecieron 16.500 pacientes por efectos graves gastrointestinales atribuidos a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos². En 1998, en España se estimó que el número de fallecimientos por esta misma razón era de 2.000, y el de hemorragias digestivas de 25.000³. Los inhibidores selectivos de COX-2 (coxibs) han demostrado que su capacidad para lesionar la mucosa digestiva es significativamente menor que la de los AINE clásicos⁴⁻⁶. Pedrós et al¹ cuestionan esta última evidencia basándose en una observación cuya interpretación es, al menos, dudosa. En su trabajo, los AINE clásicos más prescritos, como son el diclofenaco, naproxeno e ibuprofeno, han sido excluidos porque se comercializaron cuando aún no estaba en funcionamiento la tarjeta amarilla. Por otra parte, desde el momento de su aprobación por las autoridades sanitarias, el uso de los coxibs se ha reservado a aquellos pacientes con artrosis o artritis reumatoide con riesgo elevado de presentar complicaciones digestivas, en concreto aquellos con edad avanzada, historia de úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal, o tratamiento concomitante con anticoagulantes o glucocorticoides orales. En esta población es evidente que pueden aparecer efectos adversos gastrointestinales independientes del tipo de intervención que se realice. De hecho en la tabla 1 de Pedrós et al¹ se incluye a un paciente de 81 años con epistaxis que estaba tomando acenocumarol (INR 7,5) y al que es muy difícil que se le hubiera prescrito un AINE clásico. Finalmente, los números absolutos que exponen y analizan dichos autores carecen de significado si no se conoce el número de pacientes que recibieron la medicación o el número de prescripciones de cada medicamento. Este inconveniente se debe sumar al hecho de que los datos utilizados¹ derivan de informaciones pasivas de efectos adversos de medicamentos. En este escenario es arriesgado diferenciar un efecto causal de una simple coincidencia. Un ejemplo claro es, en la tabla 2, una significativa mayor toxicidad hepática en los AINE, que por mi parte (y la de los autores) no merece ningún comentario.

En la actualidad existe un debate sobre la seguridad cardiovascular de los coxibs, en parte por los resultados de dos estudios de seguridad «gastrointestinal» que tienen un seguimiento corto y un poder estadístico muy limitado para detectar diferencias significativas reales entre los coxibs y los AINE clásicos⁴⁻⁹. Los datos aportados en el trabajo al que hago referencia¹ no pueden tomarse como una evidencia en ningún sentido. Aparte de las críticas al análisis reflejadas en el párrafo anterior, los autores incluyen en el epígrafe de aconte-

cimientos cardiovasculares el edema periférico, sin especificar qué criterios o nomenclaturas emplearon para proceder de esa forma. En su artículo sólo aparece un infarto agudo de miocardio en un paciente de 84 años con hipertensión y dislipemia, lo que hace suponer que las otras reacciones adversas eran de menor importancia. Aunque no se relata, seguramente en el grupo de AINE no se registró ninguna notificación espontánea de infarto agudo de miocardio debido, quizás, a la inexistencia del presente debate en el tiempo analizado. La atribución de los efectos cardiovasculares de los coxibs a la inhibición de los prostanoïdes que protegen la integridad vascular es una visión parcial de los hechos. La homeostasis vascular depende también de varios factores solubles, como el óxido nítrico, no relacionados con los prostanoïdes⁷. Además, en la placa aterosclerótica se expresa COX-2 con un papel, quizás importante, en su rotura⁸. En la discusión, Pedrós et al¹ no dejan claro si los efectos adversos de los coxibs (o cuáles de ellos) son, o podrían ser, específicos de clase o molécula. Por ejemplo, recientemente Whelton et al¹⁰ han demostrado en un estudio comparativo que, a diferencia del rofecoxib (como refieren Pedrós et al), el elecoxib no produce aumentos significativos en la presión arterial. Es posible, por tanto, que existan diferencias relacionadas más con la molécula que con la clase. Todos estos comentarios no tratan de minimizar ni discutir el perfil de seguridad de los coxibs. Los efectos cardiovasculares y renales de estos medicamentos y sus interacciones con otros, como con dosis bajas de aspirina, necesitan estudiarse con más detalle^{6,7}. Hasta que esa información esté disponible, debería mantenerse una actitud prudente en lo que se refiere a la publicación de datos sobre este tema.

Juan J. Gómez-Reino Carnota

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

1. Pedrós C, Laporte JR, Cereza G. Primeras notificaciones espontáneas de sospechas de reacciones adversas a los nuevos antiinflamatorios selectivos sobre la ciclooxigenasa-2. *Med Clin (Barc)* 2002;118:415-7.
2. Singh G, Triadafilopoulos G. Epidemiology of NSAID-induced GI complications. *J Rheumatol* 1999;26(Suppl 26):18-24.
3. Lanas A. Impacto económico de los efectos secundarios gastrointestinales asociados a antiinflamatorios no esteroideos en el Servicio Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Suppl 3):46-53.
4. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1247-55.
5. 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. *N Engl J Med* 2000;343:1520-8.
6. Fitzgerald GA, Patrono C. The coxibs, selective inhibitors of cyclooxygenase-2. *N Engl J Med* 2001;345:433-42.
7. Patrono C, Collier B, Dalen JE, Fitzgerald GA, Fuster V, Gent M, et al. Platelet-active drugs. The relationship among dose, effectiveness, and side effects. *Chest* 2001;119:39S-63S.
8. Mukherjee D, Nissen SE, Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001;286:954-9.
9. Konstam MA, Weir MR, Reisin A, Shapiro D, Sperling RS, Barr E, et al. Cardiovascular thrombotic events in controlled, clinical trials of rofecoxib. *Circulation* 2001;104:2280-8.
10. Whelton A, Fort JG, Bello A, Puma JA, Norman D, Verburg KM. Cyclooxygenase-2 specific inhibitors and cardiorenal function: a randomized controlled trial of celecoxib and rofecoxib in older hypertensive osteoarthritis patients. *Am J Ther* 2001;8:85-95.



Sr. Editor: Hemos revisado con gran interés el artículo publicado recientemente en relación con las primeras notificaciones espontáneas de sospechas de reacciones adversas a los nuevos antiinflamatorios selectivos de la COX-2¹. En él, los autores realizan una serie de consideraciones que nos gustaría comentar basándonos en los datos de seguridad obtenidos en los ensayos clínicos prerregistro, ensayos clínicos postautorización y análisis de acontecimientos que han sido publicados recientemente.

En primer lugar, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos y más prescritos, como el diclofenaco, naproxeno e ibuprofeno, quedan excluidos de este análisis, dado que se comercializaron cuando aún no estaba en funcionamiento la tarjeta amarilla. Por otra parte, desde el momento de su comercialización el uso de los coxibs viene reservándose a la población con mayor riesgo de presentar complicaciones digestivas y cardiovasculares: edad avanzada, historia de úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal y tratamiento concomitante con anticoagulantes o glucocorticoides². Este hecho supone un sesgo importante cuando se comparan los efectos adversos entre los coxibs y los AINE que han sido utilizados en este análisis.

Si bien coincidimos con los autores en que los inhibidores de la COX-2 no están desprovistos de toxicidad digestiva, la evidencia acumulada señala que los coxibs son fármacos más seguros para el tubo digestivo que los AINE clásicos³⁻⁵.

La incidencia de úlceras gastroduodenales diagnosticadas por endoscopia en pacientes que toman coxibs es similar a placebo tras tres meses de tratamiento y hasta un 52% inferior a los AINE clásicos tras 6 meses de tratamiento^{4,5}. Estos resultados indican un gran impacto en términos de salud pública, ya que en España más de 6.000.000 de personas consumen anualmente AINE durante al menos un mes y producen más de 25.000 hemorragias y 2.000 muertes anuales⁶.

En cuanto a la afirmación de que estos fármacos pueden dar lugar a acontecimientos cardiovasculares adversos, la evidencia actual indica que el celecoxib presenta un perfil de seguridad cardiovascular comparable al resto de los AINE convencionales⁵ y superior al del rofecoxib¹⁰. En un estudio aleatorizado que comparaba celecoxib a dosis de 200 mg con rofecoxib (25 mg), el cambio de la presión arterial sistólica media a las seis semanas respecto la basal fue de 2,6 y -0,5 mmHg, respectivamente, y la incidencia de edema periférico casi se duplicó en el grupo del rofecoxib (9,5 frente al 4,9%; p = 0,014).

El artículo de Mukherjee et al⁹ que los autores mencionan en su discusión no es un metaanálisis ni presenta nuevos datos clínicos, como muy bien se ha descrito en un editorial de esta Revista que exponía las limitaciones metodológicas del mismo que impiden extraer conclusiones válidas.