

Infliximab: nuevos horizontes en el tratamiento de la artritis

Raimón Sanmartí Sala* y Jordi Gratacós Masmitjà**

**Unitat d'Artritis. Servicio de Reumatología. Institut Clínic de l'Aparell Locomotor. Hospital Clínic de Barcelona.*

***Unitat de Reumatologia. Servicio de Medicina. Hospital de Sabadell*

Infliximab (Remicade) es un anticuerpo monoclonal quimérico (humano/murino) que bloquea de forma selectiva la citocina TNF- α y que ha demostrado su eficacia en el control de la inflamación y la destrucción articular en la artritis reumatoide (AR). En el año 2000, la Agencia Europea de Evaluación del Medicamento aprobó su uso para la enfermedad de Crohn y para la AR refractaria a fármacos modificadores de enfermedad. En estas fechas se cumplen poco más de 2 años que infliximab ha iniciado su proceso de comercialización y representa la primera terapia biológica que ha estado a disposición de los reumatólogos en nuestro país. Con infliximab se ha abierto una nueva época en la terapia antirreumática de la AR y probablemente también de otros reumatismos inflamatorios crónicos.

En este número monográfico, patrocinado por la industria farmacéutica que comercializa el infliximab en nuestro país (Schering-Plough), se revisan de forma actualizada los conocimientos adquiridos en los últimos años con infliximab (Remicade). Un grupo de expertos nacionales, a los que se une, uno de los pioneros en la investigación y aplicación del infliximab en clínica humana, como es R. Maini, realizan un análisis crítico y exhaustivo de distintos aspectos relacionados con el empleo terapéutico de infliximab, desde las bases patogénicas que justifican el uso de terapias que neutralizan la acción del TNF- α en la AR, hasta cuestiones directamente relacionadas con la tolerabilidad y seguridad, pasando por sus posibles indicaciones en otros procesos reumatológicos distintos de la artritis reumatoide o incluso aspectos farmacoeconómicos o de coste-eficacia.

Nadie duda en la actualidad de que infliximab es un fármaco eficaz en muchos pacientes con AR que habían sido refractarios a otros fármacos modificadores de enfermedad, y que los primeros resultados apuntan que esta situación se observa también en pacientes con espondiloartropatías. No obstante, quedan todavía muchas cuestiones sin resolver, algunas de las cuales sólo podrán responderse de forma adecuada con la observación clínica y la experiencia a largo plazo. La adecuación de la dosis y el intervalo para obtener una respuesta terapéutica favorable y mantenida, la asociación de infliximab con otros fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad, distintos del metotrexato, la seguridad a largo plazo, la eficacia de las medidas actualmente recomendadas para prevenir la infección tuberculosa durante el curso del tratamiento o su posible indicación como primer escalón terapéutico en la AR de inicio, son sólo algunos ejemplos de las cuestiones que quedan todavía por resolver.

No cabe duda de que con infliximab, junto con otras terapias biológicas dirigidas también contra el TNF- α o contra la interleucina (IL) 1, se ha abierto una nueva era en la terapia antirreumática. Los reumatólogos somos conscientes que hemos iniciado el siglo XXI con unas armas terapéuticas muy eficaces, que probablemente ni el más optimista hubiera augurado unos años antes. Aunque no podemos hablar todavía de curación, con las terapias biológicas se han abierto nuevas vías en la esperanza de mejorar definitivamente la calidad de vida de los pacientes con artritis crónica.