

Réplica al artículo «Comparación de datos demográficos, presentación clínica, tratamiento y desenlace de pacientes lúpicos tratados en un centro público y otro privado de salud en Santa Fe, Argentina»



Reply to the article "Comparing demographics, clinical presentation, treatments and outcome between sle patients treated in a public and private health system in Santa Fe, Argentina"

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios vertidos y las sugerencias realizadas. Hemos leído cuidadosamente los comentarios y agregamos que:

1. En el apartado «Resultados» se definió el tiempo de evolución de los pacientes hasta la primera consulta (tanto de la parte pública como de la privada) y se aclara que se tomaron datos demográficos, actividad por SLEDAI, examen físico y datos de laboratorio en la primera consulta. Estos datos vuelven a aclararse en las tablas 1 y 2. Igualmente se dejó claro que los datos de desenlace de los pacientes se tomaron (obviamente) en la última consulta.
2. En el apartado «Resultados» se aclara que 116 pacientes se atendieron en el sistema público de salud y 43 en la parte privada. También se relata que ambos grupos fueron atendidos por el mismo equipo de especialistas, por lo cual no tiene lugar la suposición de variabilidad en los tratamientos, superposición o períodos de tratamiento diferentes.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.10.012>

3. En ninguna sección del artículo se menciona que se requirió consentimiento informado. Por el contrario, se aclara que el mismo no fue necesario por la naturaleza anónima y retrospectiva del estudio.
4. Los colegas confunden cuando cuestionan la etnia, ya que este tópico no está en el apartado «Resultados» sino en el apartado «Discusión» y son citas de otros autores. Y también confunden cuando aseveran que es un dato de nuestro estudio, ya que estamos comentando un dato de Reveille et al.

Sugerimos una mejor lectura de este trabajo para poder realizar mejores sugerencias.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Elena Carrera y Liliana Contini por la asistencia estadística (Unidad de Biometría, Departamento de Matemática, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL).

María Marcela Schmid, Susana Graciela Roverano* y Sergio Oscar Paira

Sección Reumatología, Hospital Provincial José María Cullen, Santa Fe, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: susanarove@yahoo.com.ar (S.G. Roverano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.12.011>

Consenso sobre el uso de metotrexato más allá de la recomendación clínica: dosis ajustada y farmacogenética



Consensus on the use of methotrexate beyond the clinical recommendation: Adjusted dose and pharmacogenetics

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el original titulado «Recomendaciones para el uso de metotrexato en artritis reumatoide: incremento y reducción de dosis y vías de administración», publicado por Tornero Molina et al. en *Reumatología Clínica*¹. Ante todo, queremos felicitar a los autores de este consenso eminentemente práctico, dado que nos permite conocer en profundidad la práctica clínica de expertos en el manejo de fármacos antirreumáticos modificadores del curso de la enfermedad (FARME) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR).

EULAR recomienda el inicio del tratamiento con FARME tan pronto como se establece el diagnóstico de AR². La piedra angular del tratamiento es el metotrexato (MTX), el cual tiene 2 vías de administración diferenciadas. El consenso recomienda la vía subcutánea de inicio en pacientes polimedcados, con sobrepeso u obesidad, ante la sospecha de baja adherencia, según preferencias del paciente, con el fin de reducir dosis para evitar efectos adversos gastrointestinales y en enfermedad activa (DAS28 > 4). Asimismo, se plantea el paso de la vía oral a subcutánea en casos de ineficacia, mejor perfil coste-efectividad y mal cumplimiento del tratamiento oral. El consenso aconseja incrementos de 2,5-5 mg

cada 2-6 semanas dependiendo de la severidad clínica, alcanzando una dosis máxima de 25 mg.

A pesar de la utilidad del documento, nos gustaría aportar 2 observaciones que consideramos que podrían ser de especial interés.

En primer lugar, la dosis media habitual de MTX empleada en la mayoría de estudios es de 15 mg/semana; no obstante, nos planteamos calcular la dosis de MTX acorde con el peso del paciente a tratar. El peso del paciente, entre otras variables, interviene de forma indirecta en la concentración plasmática del fármaco, por lo que no puede ser la misma en pacientes de 60 kg que en pacientes que pesan 90 kg. Posiblemente una buena aproximación podría ser ajustarlo a dosis de 0,2-0,3 mg/kg.

Otro tema que nos parece de interés mencionar es la introducción de la farmacogenética del MTX en la práctica clínica de la AR. Se han definido múltiples polimorfismos que pueden predecir toxicidad y respuesta favorable al fármaco, aproximándonos al concepto de una medicina personalizada en el tratamiento con MTX³. En la última década se han descrito variantes alélicas de genes que participan en la vía metabólica de los folatos, ya sea a nivel del transporte transmembrana, como a nivel intracelular, que se asocian a la falta de respuesta o toxicidad a MTX⁴. Experiencias previas de nuestro grupo de colaboración con otros fármacos, como la azatioprina, nos han permitido ajustar la dosis de fármaco según el nivel de enzima existente^{5,6}. Más recientemente, después de analizar 27 variantes genéticas en los genes de la dihidrofolato reductasa (DHFR), timidilato sintasa (TYMS), metilentetrahidroflato reductasa (MTHFR), 5-aminoimidazol-4-carboxamida ribonucleótido formiltransferasa/IMP ciclohidrolasa