

Se describen los factores de riesgo que predicen la CRE: anemia, afectación cardiaca reciente, anticuerpos anti-ARN polimerasa III y uso de corticoides (> 15-20 mg/día)<sup>1,2,5</sup>. En la mayoría de nuestros pacientes no se identificó un posible desencadenante, uno de nuestros pacientes estaba en tratamiento con corticoides a dosis superiores a 7,5 mg/día.

No existen datos que demuestren que los factores preexistentes: hipertensión, proteinuria, creatinina elevada, anti Scl-70, Ac-anticentrómero o alteraciones histológicas renales previas, estén asociados con mayor frecuencia a desarrollo de la CRE<sup>2</sup>.

La morbimortalidad por la CRE es elevada y de difícil manejo, siendo una urgencia médica, enfocado inicialmente en el control de la PA. Los IECA son fármacos de elección, incluso en aquellos con insuficiencia renal, existiendo controversia en su uso profiláctico, el tratamiento previo con IECA antes del diagnóstico de la CRE puede enmascarar su presentación<sup>7</sup>.

La doble terapia: IECA e inhibidor de la endotelina (bosentan), se ha utilizado en una serie de 6 pacientes, a seguimiento durante 5 meses, con mejoría del filtrado glomerular, sin cambios en la mortalidad, y sin estudios que avalen su seguridad<sup>7</sup>. En un 60% van a requerir terapia renal sustitutiva<sup>2,6</sup>.

Ante un cuadro de hipertensión acelerada con fallo renal oligúrico acompañado en alguna ocasión por microangiopatía trombótica de causa no explicada y afectación cardiológica (pericarditis, bloqueo cardiaco) debemos dirigir nuestras investigaciones al diagnóstico de una ES, habitualmente en su forma difusa, pues la CRE es una complicación tratable si se identifica en forma temprana.

## Bibliografía

1. Roda-Safont A, Simeón-Aznar CP, Fonollosa-Plà V, Segarra-Medrano A, Vilardell-Tarrés M. Características clínicas y pronóstico de los pacientes con crisis renal esclerodérmica. *Med Clin*. 2011;137:431-4.

2. Guillevin L, Mouthon L. Scleroderma renal crisis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41:475-88.
3. Woodworth T, Suliman Y, Furst E, Clements P. Scleroderma renal crisis and renal involvement in systemic sclerosis. *Nat Rev Nephrol*. 2016;12.
4. Turk M, Pope JE. The Frequency of Scleroderma Renal Crisis over Time: A Meta-analysis. *J Rheumatol*. 2016;43:1-5.
5. Stern EP, Steen VD, Denton CP. Management of Renal Involvement in Scleroderma. *Curr Treat Options in Rheum*. 2015;1:106-18. <http://dx.doi.org/10.1007/s40674-014-0004-1>.
6. Lynch BM, Stern EP, Ong V, Harber M, Burns A, Denton CP, UK Scleroderma Study Group (UKSSG) guidelines on the diagnosis and management of scleroderma renal crisis. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34 Suppl 100:106-9.
7. Teixeira L, Mouthon L, Mahr A, Berezné A, Agard C, Mehrenberger M, et al. Group Français de Recherche sur le Sclérodémie (GFRS). Mortality and risk factors of scleroderma renal crisis: A French retrospective study of 50 patients. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2008;67:110-6.

Ana C. Andrade López<sup>a,\*</sup>, José Joaquín Bande Fernández<sup>a</sup>, Dolores Colunga Argüelles<sup>b</sup> y Ricardo Gómez de la Torre<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cris\\_anlo@hotmail.com](mailto:cris_anlo@hotmail.com) (A.C. Andrade López).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.04.005>

1699-258X/ © 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Preferencias en la vía de administración del tratamiento de pacientes con artritis reumatoide



### *Rheumatoid Arthritis Patient Preferences for the Treatment Administration Route*

Sr. Editor:

El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en los últimos 20 años ha avanzado mucho con la incorporación de las terapias biológicas al arsenal terapéutico del que disponía el reumatólogo. Los tratamientos biológicos iniciales intravenosos (IV) dieron paso a un amplio número de fármacos subcutáneos (SC), y en los últimos años nuevos fármacos no biológicos de posología oral han salido al mercado. Hasta el momento el paciente tenía poco que opinar en relación con la vía de administración ideal, pero eso ha cambiado recientemente<sup>1-3</sup>. La opinión de los pacientes es cada vez más importante en la elección no solo del mecanismo de acción de un biológico, sino también de la forma de administrarlo<sup>4</sup>.

Para conocer la opinión actual de una muestra de pacientes con artritis reumatoide (AR) seguidos en nuestro centro, se seleccionó durante 2 semanas a todos los pacientes. Se seleccionó a todos los pacientes con AR que acudieron al servicio de reumatología de forma consecutiva. A cada paciente se le realizaron 3 preguntas por parte de enfermería (hospital de día y unidad de terapias biológicas) o de su reumatólogo habitual (consultas externas). Se recogió además, la vía de administración del tratamiento actual de cada paciente, formando los grupos de pacientes con vía oral (solo tratamiento oral), vía subcutánea (tratamiento subcutáneo con o

sin tratamiento oral) y tratamiento intravenoso (con o sin tratamiento oral). La primera pregunta fue: ¿Cuál es para usted la vía de administración ideal de un tratamiento para la AR?; la segunda: ¿Por qué razón elegiría usted esa vía de administración?; y, por último, ¿Había hablado de la vía de administración con su reumatólogo responsable en algún momento? Las opciones de respuestas que podían dar los pacientes para la primera pregunta eran 3, vía de administración oral, subcutánea o intravenosa, y para la tercera pregunta eran 2, sí o no. La segunda pregunta permitía una respuesta abierta que se resumió en las opciones recogidas en la [tabla 1](#). Aquellos pacientes que ya habían respondido a las preguntas en el hospital de día o la unidad funcional de biológicos se excluyeron cuando eran vistos en consultas externas.

Las respuestas globales de los pacientes se presentan en la [tabla 1](#). Los pacientes con tratamiento oral recibían metotrexato (7 pacientes), leflunomida (4 pacientes) y azatioprina (un paciente); los pacientes con tratamiento subcutáneo recibían etanercept (6 pacientes), adalimumab (4 pacientes), golimumab (4 pacientes), certolizumab (2 pacientes), abatacept (un paciente), tocilizumab (3 pacientes) y metotrexato (4 pacientes); y los pacientes con tratamiento intravenoso recibían infliximab (23 pacientes), tocilizumab (18 pacientes), rituximab (11 pacientes) y abatacept (5 pacientes). Aquellos pacientes con tratamiento oral estaban conformes con la vía de administración oral (10/12), mientras que la mayoría de pacientes en tratamiento SC preferían un fármaco oral (16/24 pacientes) por su comodidad (69%). En relación con los pacientes tratados con terapias intravenosas, sorprendentemente la mayoría (44/57) preferían la vía IV, al contrario de lo expresado en algunos estudios publicados<sup>2</sup>. La buena relación con enfermería y la larga experiencia de algunos

**Tabla 1**  
Respuestas a las preguntas realizadas a los pacientes con artritis reumatoide

Tratamiento actual N.º: 93	Preferencia de vía administración N.º (%)	Razón de preferencia N.º (%)	Hablado con reumatólogo N.º (%)
Oral → 12	Oral → 33 (35,5)	Comodidad → 32 (34,4)	Sí → 37 (41,9)
Subcutáneo → 24	Subcutáneo → 14 (15)	Eficacia → 20 (21,5)	No → 57 (58,1)
Intravenoso → 57	Intravenoso → 46 (49,5)	Fobia pinchazo → 5 (5,4) Seguridad → 15 (16,1)	

de los pacientes con el hospital de día podrían ser algunos factores que explicaran estos resultados. Aún así, casi la cuarta parte de los pacientes preferirían un tratamiento oral o SC.

En un estudio similar, presentado en un congreso internacional, que incluyó 41 pacientes con AR, más de la mitad (53%) indicaron la vía oral como la ideal y un 34% la vía SC<sup>5</sup>. La diferencia con nuestra muestra es grande, debido a que solo el 25% de los pacientes tenían tratamiento biológico (IV o SC). Sin embargo, la mayoría de los pacientes incluidos en ese estudio y de nuestros pacientes con tratamiento SC tienden a elegir la vía oral como la idónea por su comodidad.

Casi la mitad de nuestros pacientes contestaron que preferían la vía intravenosa, pero la mayoría eran pacientes que actualmente están recibiendo tratamiento IV (solo 2 pacientes que no reciben actualmente tratamiento IV preferían esa vía de administración). Las razones más frecuentes que dieron estos pacientes fueron la eficacia (18/44) y la seguridad (15/44) del tratamiento IV.

La comunicación entre médico y paciente es clave a la hora de escoger un tratamiento adecuado, y llama la atención que más de la mitad de nuestros pacientes contestaron que no habían hablado con anterioridad de este aspecto del tratamiento con su reumatólogo responsable. Pese a que puede ser un resultado solo aplicable a nuestro centro, es evidente que pone en relieve la importancia de tratar con los pacientes todos los aspectos del tratamiento.

## Vasculitis leucocitoclástica manifestada como fenómeno de Koebner



### *Leukocytoclastic vasculitis manifested as a Koebner phenomenon*

Sr. Editor:

El fenómeno isomórfico de Koebner consiste en la reproducción de lesiones propias de una dermatosis en zonas que han sufrido un traumatismo previo, idénticas tanto clínica como histopatológicamente a la dermatosis preexistente<sup>1,2</sup>. Su patogénesis aún es poco conocida, y probablemente sea multifactorial, aunque se sugiere que existen cambios capilares en la dermis que preceden todos los cambios morfológicos<sup>3</sup>. Pese a que es bien conocido en enfermedades como la psoriasis o el vitíligo, el fenómeno de Koebner ha sido descrito en muchas otras dermatosis<sup>1</sup>. Debido a los pocos casos publicados en la literatura, las vasculitis se incluyen dentro del grupo de enfermedades que con menor frecuencia manifiestan dicho fenómeno<sup>1,4</sup>. Aportamos un caso de vasculitis leucocitoclástica idiopática con llamativo fenómeno de Koebner en zonas de rascado.

Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que consultó por lesiones pruriginosas eritemato-purpúricas localizadas en ambas

La opinión de los pacientes a la hora de escoger vía de administración es importante. Pese a que la vía intravenosa es inicialmente rechazada por la mayoría de los pacientes, una vez instaurada muchos de ellos están conformes con mantener el tratamiento intravenoso por la mayor sensación de eficacia y seguridad que perciben. Por otra parte, la vía subcutánea, con gran crecimiento en los últimos años, no es la preferida por muchos pacientes, que optarían en una amplia mayoría por tratamientos orales.

## Bibliografía

- Durand C, Eldoma M, Marshall D, Hazlewood G. Patient preferences for disease modifying anti-rheumatic drug treatment of rheumatoid arthritis: A systematic review. *Journal of Rheumatology*. CRA. 2017;44:889.
- Hazlewood GS, Bombardier C, Tomlinson G, Thorne C, Bykerk VP, Thompson A, et al. Treatment preferences of patients with early rheumatoid arthritis: A discrete-choice experiment. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55:1959–68.
- Nolla JM, Rodríguez M, Martín-Mola E, Raya E, Ibero I, Nocea G, et al. Patients' and rheumatologists' preferences for the attributes of biological agents used in the treatment of rheumatic diseases in Spain. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1101–13.
- Husni ME, Betts KA, Griffith J, Song Y, Ganguli A. Benefit-risk trade-offs for treatment decisions in moderate-to-severe rheumatoid arthritis: Focus on the patient perspective. *Rheumatol Int*. 2017;37:1423–34.
- Taylor PC, Alten R, Gomez-Reino JJ, Caporali R, Bertin P, Grant L, et al. Mode of administration in rheumatoid arthritis treatments: An exploration of patient preference for an "ideal treatment". *Arthritis Rheumatol*. 2016;68 Suppl 10: s3314–5.

Juan Carlos Nieto-González\*, Amparo López,  
Tamara del Río y Alicia Silva

Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juancarlos.nietog@gmail.com](mailto:juancarlos.nietog@gmail.com)  
(J.C. Nieto-González).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.04.004>

1699-258X/ © 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

extremidades inferiores, de 3 días de evolución. Las lesiones eran palpables y no desaparecían a la vitropresión. En ambas caras pretibiales anteriores se agrupaban y confluían presentando una distribución lineal, más intensa en el lado derecho (A y B). Pese a que la paciente admitía rascado debido al prurito, no se apreciaban signos de excoriación. En la anamnesis, negaba ingesta de setas y toma de fármacos. Tampoco refería clínica gastrointestinal, de vías respiratorias, artralgias u otra clínica en los días previos. Se planteó el diagnóstico diferencial entre vasculitis o púrpura en guante-calcetín manifestadas como fenómeno de Koebner, y dermatitis flagelada. El análisis de sangre periférica, el sedimento de orina y la radiografía de tórax no mostraron alteraciones, y los estudios de autoinmunidad (ANA, ANCA, C3, C4 y CH50) y serologías (VHB, VHC y VIH) resultaron negativos. La biopsia cutánea evidenció vasculitis leucocitoclástica, y el estudio de inmunofluorescencia directa fue negativo.

La vasculitis leucocitoclástica de los vasos cutáneos de pequeño calibre está mediada por una reacción de hipersensibilidad tipo III, y se debe al desarrollo de complejos inmunes circulantes y a su depósito en vasos del plexo superficial, hecho que provoca inflamación y necrosis<sup>5</sup>. Existen múltiples factores que pueden influir sobre el depósito de complejos inmunes en la pared vascular, como la permeabilidad del vaso, el tamaño y la naturaleza del com-