



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



## Carta al Editor

### Cuando las dosis habituales no son suficientes



#### When the usual doses are not enough

Sr. Editor,

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria<sup>1</sup>. La prevalencia es alta, entre 0,5-1%, de predominio en el sexo femenino, aparece a cualquier edad y en ocasiones se solapa con el período reproductivo<sup>2</sup>.

La evolución durante el embarazo es variable, entre un 48-86% de las pacientes mejoran, pero en aproximadamente un 29% se reactiva, sobre todo en el primer trimestre con el consiguiente incremento del riesgo de prematuridad, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y posibilidad de cesárea<sup>3</sup>.

El manejo de la AR durante el embarazo es complejo dado que hay que lograr la mínima actividad inflamatoria con limitación en el uso de los fármacos debido a su perfil de seguridad<sup>1</sup>.

Si la afectación materna lo requiere el tratamiento con anti-TNF $\alpha$ , puede mantenerse durante la gestación.<sup>2</sup> En el estudio Clowse et al.<sup>4</sup> no encontraron diferencias al comparar pacientes que recibieron certolizumab pegol durante la gestación con la población general en relación con abortos o malformaciones congénitas. La dosis de inicio es de 400 mg administrados en las semanas 0, 2 y 4. Seguida de una dosis de mantenimiento de 200 mg cada dos semanas o en caso de estabilidad clínica se puede valorar 400 mg al mes.<sup>5</sup>

El objetivo de esta carta es reportar un caso en el que se empleó certolizumab en dosis superior a la establecida en ficha técnica, con buen desarrollo gestacional y de los recién nacidos durante los dos primeros años de vida.

Se trata de una mujer de 33 años con antecedentes de AR seropositiva y erosiva diagnosticada a los 16 años. Realizaba tratamiento con certolizumab. Por esterilidad de la pareja recurrieron a fecundación *in vitro* con óvulos propios. Dada la estabilidad clínica, se retiró previo a la fecundación *in vitro* y se mantuvo con tratamiento con cortisona a dosis de 5 mg cada 12 h.

Se confirmó embarazo bicorial- biamniótico. En la novena semana de edad gestacional presentó una reactivación grave de su enfermedad, presentando siete articulaciones tumefactas (NAT),

ocho dolorosas (NAD) y una valoración de 7/10 en la escala visual analógica (EVA). Analíticamente la velocidad de sedimentación globular (VSG) fue de 33 mm/h y la proteína C reactiva (PCR) de 2 mg/L. Correspondiendo con un 5.75 en el *Disease Activity Score* (DAS28).

A pesar de practicar una inyección intraarticular de 40 mg de acetónido de triamcinolona en la rodilla izquierda y aumentar la prednisona a 10 mg cada 12 horas, no se logró mejoría por lo que se reintrodujo certolizumab 200 mg cada 15 días, asociado a descenso de prednisona a 5 mg diarios.

En la semana 26 de gestación persistía la actividad inflamatoria mostrando un DAS28 de 6.59 por lo que se decidió aumentar la frecuencia administración de certolizumab a 200 mg cada 10 días, indicación que está fuera de ficha técnica, por lo cual firmó el consentimiento informado. La prednisona se mantuvo a 5 mg cada 12 horas. La paciente presentó una mejoría franca mostrando un NAT de 2 y NAD de 0, VSG de 14 mm/h, que supone un DAS28 de 2.24.

Paralelamente realizaba seguimiento estrecho en consulta de alto riesgo obstétrico, con buen control hasta la semana 30 que se objetiva hipertensión arterial. A las 36 semanas se induce el parto por preeclampsia leve. Dio a luz a dos varones sanos de 2.500 y 2.600 g. Durante sus dos primeros años de vida, han mostrado un desarrollo pondoestatural y psicomotor normal.

La decisión de aumentar la dosis del tratamiento biológico se realizó en base a ajustar la medicación al peso, dado que tenía un índice de masa corporal de 39.2, lo que supone una obesidad tipo II, y también por la importante actividad inflamatoria que presentaba. Se realizó seguimiento en una unidad de embarazo y artritis donde participan reumatología, ginecología y pediatría de forma conjunta. El manejo multidisciplinar de estos pacientes es fundamental para la seguridad tanto de la madre como de los bebés.

### Bibliografía

1. Rojas E, Cabrera-Villalba S. Artritis reumatoide y embarazo Actualización. *Rev parag reumatol.* 2020;6:36–47. <http://dx.doi.org/10.18004/rpr/2020.06.01.36-47>.
2. Mariett X, Förger F, Abraham B, Flynn A, Moltó A, Flipo RM, et al. Lack of placental transfer of certolizumab pegol during pregnancy: results from CRIB, a prospective, postmarketing, pharmacokinetic study. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:228–33. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-212196>.

3. Piñel Pérez C, Gómez Roso Jareño M, Caliendo CG, Steinberg Contreras G, López Galián J. Artritis reumatoide y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88:806–14, <http://dx.doi.org/10.24245/gom.v88i11.4230>.
4. Clowse M, Scheuerle A, Chambers C, Afzali A, Kimball A, Cush JJ, et al. Pregnancy outcomes after exposure to Certolizumab Pegol. Updated results from a pharmacovigilance safety database. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70:1399–407, <http://dx.doi.org/10.1002/art.40508>.
5. Cimzia®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Europea del Medicamento (EMA). 2019 [consultado 21 Ene 2021. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/cimzia>.

María José Macías Reyes<sup>a,\*</sup>, Andrea Pluma Sanjurjo<sup>b</sup>, Sara Marsal Barril<sup>b</sup> y María Dolores Grados Canovas<sup>c</sup>

- <sup>a</sup> *Medicina de Familia. Hospital Universitari d'Igualada, Barcelona, España*  
<sup>b</sup> *Reumatología. Hospital Universitari de Vall Hebron, Barcelona, España*  
<sup>c</sup> *Reumatología. Hospital Universitari d'Igualada, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [mariaj.1793@hotmail.com](mailto:mariaj.1793@hotmail.com) (M.J. Macías Reyes).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.05.001>  
 1699-258X/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Outcomes of Pregnancy in Women With Idiopathic Inflammatory Myopathies in Africa



Dear Editor,

Idiopathic inflammatory myopathies (IIMs) are associated with adverse pregnancy outcomes in Caucasian and Asian populations,<sup>1,2</sup> but this issue is unclear in Africa. For the purpose of this paper, we conducted a systematic review of the literature to identify studies on IIMs and pregnancy in Africa from electronic and hand searches up to March 4, 2021, using key search terms referring to IIMs, pregnancy and African countries as per the United Nations Classification.<sup>3</sup>

Of 118 records retrieved from PubMed, Embase, Africa Journals Online and hand searches, we included 4 relevant case reports and 2 case-series<sup>4–9</sup> from Gabon, Mali, Morocco, Senegal and Tunisia. The search strategy in PubMed and Embase as well as the study selection process are summarized in the [Supplementary Table and the Supplementary Figure](#). Included records report a total of 18 singleton post-IIM pregnancies and 10 singleton pre-IIM pregnancies in 12 women aged 26–42 years at conception. Among women with ethnicity data, 6 were Black Africans, 1 Black Caribbean and 1 North African. Specified IIM subtypes were overlap myositis ( $n=4$ ), dermatomyositis ( $n=4$ ) and immune-mediated necrotizing myopathy ( $n=2$ ). Regarding pre-IIM pregnancies, there were only 2 adverse pregnancy outcomes: medical termination of a pregnancy (for unspecified cause) and one stillbirth. In women with post-IIM pregnancy data, 8 of 18 pregnancies were successful. Adverse maternal outcomes recorded in post-IIM pregnancies were premature delivery ( $n=4$ ), cesarean section ( $n=3$ ), medical termination for unspecified causes ( $n=3$ ) and pulmonary infection ( $n=1$ ). Adverse fetal/neonatal outcomes were pre-term birth ( $n=4$ ), neonatal death ( $n=2$ ), small for gestational age ( $n=2$ ), stillbirth ( $n=1$ ) and neonatal lupus ( $n=1$ ) ([Table 1](#)).

Maternal and offspring outcomes of pre- and post-IIM pregnancies are poorly characterized in Africa. It remains unknown whether the observed adverse outcomes were coincidental or connected with IIMs, although this small pooled sample likely suggests together with studies from other regions<sup>1,2</sup> that, increased rates of adverse outcomes may be observed in women (and their infants) with IIMs in Africa as well. There is a need for a prospective multicenter African registry to better assess the link between IIMs and adverse pregnancy outcomes, as well as the impact of pregnancy on IIM activity in Africa.

## Funding

This research was not funded.

## Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

## Appendix A. Supplementary data

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.reuma.2021.04.005](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.04.005).