Espondilodiscitis asociada al uso de adalimumab: un efecto secundario a tener en cuenta.

Autores:

J. Ortiz-Álvarez[1]

L. Rodríguez Fernandez-Freire[1]

M. Morillo Andújar[1]

J. Conejo-Mir Sánchez[1,2]

[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

[2]Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Autor de correspondencia:

Juan Ortiz-Álvarez[1]

juan.ortiz.alvarez94@gmail.com

Sr Director,

El adalimumab está extendido para la primera línea de tratamiento de pacientes con psoriasis moderada o grave que requieren terapia biológica (1). Aunque es un fármaco con un buen perfil de seguridad, no está exento de efectos secundarios. La relación de los anti-TNF con un aumento de la frecuencia de infecciones de vía respiratoria alta y del desarrollo de tuberculosis es bien conocida. Sin embargo, existen otras infecciones menos incidentes que podrían estar relacionadas también con estos fármacos (2,3).

Nuestro objetivo es comunicar un caso de infección poco frecuente asociado al uso de adalimumab en un paciente con psoriasis (4).

Un hombre de 66 años, hipertenso y con hiperuricemia, pero sin otros antecedentes de interés, se encontraba en seguimiento en otro centro por una psoriasis grave por la que previamente había realizado tratamiento con acitretino, suspendido por fracaso secundario, y ustekinumab, que se interrumpió por una urticaria aguda asociada a su uso. Inició el tratamiento con adalimumab que se interrumpe unos meses por el cambio de centro. A los dos meses de su reintroducción comienza con una fiebre mantenida y lumbalgia, que inicialmente se malinterpretan como una infección del tracto urinario tratada con cefixima oral. Sin embargo, el paciente persistió con la fiebre, por lo que ingresó en el hospital para su estudio. En una radiografía convencional y una tomografía computerizada (Figura 1ª y 1b) se apreciaba un pinzamiento intervertebral a nivel de L2/L3 con erosiones de las plataformas vertebrales. El estudio se amplió con una resonancia magnética (Figura 1c) en la que se apreciaron unos cambios flemonosos en la zona. Además, se identificó en el hemocultivo una cepa de *Streptococcus agalactiae* sin resistencias, lo que apoyó el diagnostico de una espondilodiscitis infecciosa.

Ante estos hallazgos, se administró ceftriaxona más teicoplanina intravenosos que, a las 3 semanas, se desescalaron a amoxicilina a altas dosis orales hasta completar 12 semanas de terapia antibiótica. Además, se suspendió cautelarme el adalimumab y, posteriormente, se cambió el tratamiento de su psoriasis por guselkumab con una buena evolución tanto del proceso infeccioso como del cutáneo, manteniéndose ambos en remisión a los 6 meses tras el ingreso.

Aunque el adalimumab es un fármaco bastante seguro, en ocasiones puede asociarse a complicaciones graves, entre ellas las infecciones (2). La espondilodiscitis es una infección poco frecuente del disco intervertebral y de las vértebras adyacentes, cuyo signo guía suele ser el dolor insidioso lumbar de perfil inflamatorio (4). En pacientes con una psoriasis este es un síntoma frecuente, presente hasta en el 20% de los pacientes con afectación limitada a la piel al diagnóstico de la enfermedad. Por este motivo, el diagnóstico de una complicación tan seria podría demorarse y debemos estar atentos a signos de alarma como la fiebre, la refractariedad a analgésicos o, en los casos más graves, síntomas constitucionales (4).

Por lo que respecta a este grupo de pacientes que precisan de terapia biológica pero que tienen riesgo de complicación infecciosa o han presentado un proceso infeccioso crónico, actualmente existe diferentes alternativas. Tanto por datos de ensayos clínicos como por experiencia en vida real, los fármacos anti IL-17 e IL-23 presentan un perfil de seguridad sólido y se recomiendan como primera línea para los pacientes con hepatitis B, infección tuberculosa latente u otras comorbilidades infecciosas. (5)

En conclusión, nuestro caso señala que el dolor lumbar de perfil inflamatorio durante el tratamiento con el adalimumab debe evaluarse con cautela, ya que puede tratarse de un proceso infeccioso, ante el cual puede estar indicado un cambio de diana.

Bibliografía

1. Mataix J, García L, Belinchón I, Ruiz Carrascosa JC, De La Cueva P, Carrascosa JM. Recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre el manejo del paciente de edad avanzada con psoriasis en placas moderada-grave. Actas Dermo-Sifiliográficas. octubre de 2023;114(9):802-11.

2. Kalb RE, Fiorentino DF, Lebwohl MG, Toole J, Poulin Y, Cohen AD, et al. Risk of Serious Infection With Biologic and Systemic Treatment of Psoriasis: Results From the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). JAMA Dermatol. 1 de septiembre de 2015;151(9):961.

3. Sorenson E, Koo J. Evidence-based adverse effects of biologic agents in the treatment of moderate-to-severe psoriasis: Providing clarity to an opaque topic. J Dermatol Treat. 2 de noviembre de 2015;26(6):493-501.

4. Conforti C, Caldaria A, Dri A, Toffoli L, Zelin E, Vezzoni R, et al. Adalimumab-associated spondylodiscitis: A new or underestimated side effect? Dermatol Ther [Internet]. julio de 2020 [citado 7 de febrero de 2024];33(4). Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.13468

5. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. J Infect. junio de 2008;56(6):401-12.

6. Thatiparthi A, Martin A, Liu J, Egeberg A, Wu JJ. Biologic Treatment Algorithms for Moderate-to-Severe Psoriasis with Comorbid Conditions and Special Populations: A Review. Am J Clin Dermatol. julio de 2021;22(4):425-42.

Imagen 1. A) Imagen de radiografía donde se aprecia colapso de espacio vertebral L2-L3. B) Corte sagital de TAC donde se aprecia dicho colapso y erosión de las plataformas vertebrales de L2 y L3. C) Corte sagital de RMN en secuencia T2 donde se aprecian cambios flemonosos a nivel del disco intervertebral y tejidos blandos adyacentes

