



Revista Portuguesa de Pneumología

ISSN: 0873-2159

sppneumologia@mail.telepac.pt

Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Portugal

Morais, A.

Comentário ao artigo: Infliximab para o tratamento de doentes com sarcoidose, a experiência
portuguesa

Revista Portuguesa de Pneumología, vol. 17, núm. 2, marzo-abril, 2011, pp. 94-95
Sociedade Portuguesa de Pneumología
Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169722524010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Rev Port Pneumol. 2011;17(2):94-95



revista portuguesa de
PNEUMOLOGIA
portuguese journal of pulmonology

www.reportpneumol.org

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

Comentário ao artigo: Infliximab para o tratamento com sarcoidose, a experiência portuguesa

Comment to the article: Infliximab for treating sarcoidosis Portuguese experience



O tratamento da sarcoidose engloba uma série de diferentes factores que advém da variedade da sua apresentação clínica, envolvimento orgânico e evolução¹. Após o diagnóstico, a primeira deliberação relativamente ao tratamento é decidir que doentes tratar, uma vez que uma significativa percentagem não necessita de tratamento farmacológico. De facto, cerca de metade dos doentes com sarcoidose apresentam uma resolução espontânea da doença^{1,2}. As principais indicações para um tratamento sistémico incluem o envolvimento cardíaco, neurológico, laríngeo, oftalmológico ou renal, doença pulmonar com alterações funcionais significativas, lúpus pérnio ou hipercalcemias marcadas^{2,3}. Os corticóides são geralmente a primeira opção, associando-se habitualmente a uma resposta favorável, com indução da remissão da doença. No entanto existem casos refractários, noutras circunstâncias os doentes têm necessidade de tratamentos longos ou com altas doses e noutras situações ainda existe intolerância aos efeitos secundários. Nestes doentes, o uso concomitante de imunosupressores de forma a aumentar a eficácia ou como agentes que permitam uma diminuição da dose de corticóide, deverá ser considerada^{1,4}. O metotrexato em doses baixas e a azatioprina são os imunosupressores mais usados e dos quais se têm uma maior informação no contexto da sarcoidose, estando indicados nestas circunstâncias⁴. No entanto, existem doentes nos quais a doença persiste apesar



Comentário ao artigo: Infliximab para o tratamento de doentes com sarcoidose, a experiência po

nas semanas 0 e 2 e em período de fase aberta nas semanas 6, 14 e 19 tinham uma melhoria de 6% no valor absoluto de capacidade vital⁹. Além da informação relativa à sarcoidose pulmonar, existem vários relatos e séries de casos que sugerem a eficácia do TNF-alfa na sarcoidose extratorácica. Efectivamente, vários casos clínicos descrevem que o infliximab foi eficaz nomeadamente na neurosarcoidose e sarcoidose cutânea, incluindo no lúpus perneco^{13,14}. O infliximab foi igualmente descrito como tendo sido eficaz no tratamento da doença ocular refractária numa série de casos com envolvimento ocular crónico, onde outras drogas tinham previamente falhado, incluindo nestas o etanercept¹⁵. No ensaio descrito por Baugmann *et al*, a maioria dos doentes apresentavam doença extrapulmonar, tendo sido a melhoria clínica igualmente significativa⁸. John Doty *et al* descreveu dez doentes com diferentes tipos de envolvimento extratorácico nos quais nove tiveram uma resposta objectiva ao infliximab, após falência prévia do tratamento convencional¹³. Os resultados descritos por M. Aguiar *et al*, no artigo que comentamos estão de acordo com o referido anteriormente, dado que cinco doentes com sarcoidose cutânea tiveram uma resposta objectiva e dois em três doentes com neurosarcoidose tiveram igualmente uma resposta favorável com o infliximab. Todos os doentes descritos tinham doença torácica, tendo oito melhoria e quatro resolução completa da doença. No entanto, dado que a maioria dos doentes apresentavam doença pulmonar ligeira, é impossível descontar se o efeito terapêutico foi mais significativo em doentes mais graves, embora um doente com estádio IV apresentasse uma melhoria significativa.

No ensaio descrito por Baughman *et al*, os doentes foram randomizados a tomar 3 ou 5 mg/kg de infliximab, tendo a resposta sido idêntica em ambas as doses quer na doença pulmonar quer na extratorácica⁸. No entanto existem relatos de uma melhor resposta com doses mais elevadas, quer seja através da redução do intervalo de prescrição ou através de um aumento da dose de infliximab. Por outro lado, a duração adequada do tratamento num doente que apresenta uma boa resposta mantém-se em discussão. Para além do risco, a frequência de episódios de recaída após a suspensão da terapêutica mantém-se desconhecida. Existem casos em que o infliximab se torna uma terapêutica de manutenção. Noutros casos, após a descontinuação da terapêutica com infliximab, o retorno dos sintomas poderá ser o sinal da necessidade da reintrodução do fármaco. Na série a que se reporta o artigo que comentamos, a dose usada foi de 5 mg/Kg e quando os doentes toleraram a terapêutica, a duração foi de um ano. Dado que o principal objectivo do artigo era a descrição da eficácia do

sugestivos de tuberculose. Na altura em que os doentes foram tratados, o uso do teste de tuberculose latente era o mais comum, no entanto actualmente, o teste tuberculíngulo complementar o teste tuberculíngulo.

Embora o papel da terapêutica com infliximab ainda não esteja definida, a demonstração da eficácia da via TNF-alfa na inflamação generalizada da doença, adiciona-se à evidência da sua eficácia. O infliximab pode ser eficaz em refractários à terapêutica habitual devido à toxicidade farmacológica. No entanto, necessita de um maior suporte terapêutico em relação à eficácia e quais os dosagens mais adequadas. Esta série de casos clínicos contribui para um aumento de informação sobre o tema.

Bibliografia

1. Lazar CA, Culver DA. Treatment of sarcoidosis with infliximab. *Crit Care Med*. 2010;31:501-18.
2. Keir G, Wells AU. Assessing Pulmonary Sarcoidosis: Which Test? *Semin Respir Crit Care Med*. 2007;28:2153-65.
3. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS, et al. Chronic sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:1347-50.
4. Nunes H, Soler P, Valeyre D, et al. Infliximab in sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;166:565-82.
5. Baughman RP. Tumor necrosis factor-α in sarcoidosis: the American experience. *Crit Care Med*. 2007;35:2153-65.
6. Baughman RP, Drent M, Kavuru MN, et al. Infliximab in patients with chronic sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:120-6.
7. Antoniu SA. Targeting the TNF-α pathway in sarcoidosis. *Expert Opin Ther Targets*. 2010;14:101-11.
8. Baughman RP, Drent M, Kavuru MN, et al. Infliximab in patients with chronic sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:120-6.
9. Rossman MD, Newman LS, Baughman RP, et al. A randomized, placebo-controlled trial of infliximab in patients with active pulmonary sarcoidosis. *Lung Dis*. 2006;23:201-8.
10. Utz JP, Limper AH, Kalra S, et al. Infliximab in sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167:177-85.
11. Callejas-Rubio JL, Ortego-Ortega M, et al. Infliximab in the treatment of therapy-resistant sarcoidosis. *Clin Rheumatol*. 2006;25:596-7.
12. Aguiar M, Marçal N, Mendes AC, et al. Infliximab in sarcoidosis patients. *Portuguese Society of Pneumology*. 2011;17:85-93.
13. Doty JD, Marcus JF, Juddes MA, et al. Infliximab for sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167:177-85.
14. Baugmann R, Drent M, Kavuru MN, et al. Infliximab in sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:120-6.
15. Aguiar M, Marçal N, Mendes AC, et al. Infliximab in sarcoidosis patients. *Portuguese Society of Pneumology*. 2011;17:85-93.