

El contenido de este material refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & Co. Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a la profesión médica.

Cualquier producto mencionado debe ser utilizado según la ficha técnica del fabricante. Antes de prescribir, por favor consulte la ficha técnica del producto.

AR EN SITUACIONES ESPECIALES

Artritis reumatoide activa en paciente con diabetes tipo II y obesidad

LUIS LÓPEZ DOMÍNGUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BILBAO

Introducción

En un reciente metaanálisis de Boyer y col., se ha sugerido que en la artritis reumatoide (AR) hay un aumento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales como diabetes mellitus (DM), niveles más bajos de colesterol *high density lipoprotein* (HDL) y tabaquismo, además de que la inflamación crónica propia de la enfermedad y la utilización de algunos agentes terapéuticos, como los corticoides, puedan contribuir a una mayor prevalencia de trastornos metabólicos en estos pacientes⁽¹⁾. Si comparamos la incidencia de riesgo cardiovascular (RCV) en la AR y en la DM, se observa que los pacientes con AR presentan un RCV elevado y de igual magnitud que en los pacientes con DM, de manera que la AR es un FRCV independiente, como la diabetes, por lo que este incremento del RCV en la AR no se puede explicar únicamente por la presencia de FRCV tradicionales como la dislipemia, hipertensión (HTA), DM, etc.⁽²⁻⁴⁾. Para establecer el RCV de los sujetos con AR es importante identificar también los factores inherentes a esta enfermedad inflamatoria crónica que se han visto relacionados con el desarrollo de aterogénesis acelerada y de episodios cardiovasculares⁽⁵⁾.

Por todo ello, se han promovido unas recomendaciones del panel de expertos del EULAR para el manejo del RCV en pacientes con AR⁽⁶⁾.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Paciente varón que, a los 68 años, comenzó con clínica de artralgias de horario mixto a nivel de hombros y manos sin clara flogosis, por lo que su médico de Atención Primaria (AP) le indicó tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, obteniéndose una mejoría sintomática. Al cabo de un año, apareció de nuevo clínica de artritis a nivel de manos y codos, con inflamación de las manos y dolor en cintura escapular e importante incapacidad funcional, iniciando tratamiento con prednisona a 20 mg/día y siendo derivado a consulta de Reumatología.

Antecedentes personales

Entre sus antecedentes destacaba una DM tipo II de 10 años de evolución en tratamiento con metformina 850 mg, HTA en tratamiento con valsartán, ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg/día e hiperlipidemia tratada con simvastatina 20 mg.

Exploración física

Al acudir a la consulta se objetivó limitación a la abducción de ambos hombros a partir de 100°, inflamación de ambos codos, sinovitis extensora en ambas muñecas, dolor e inflamación de metacarpofalángicas (MCF) en 2°, 3° y 4° dedos bilateral y dolor en inflamación de interfalángica proximal (IFP) del 3° dedo de la mano derecha con cierre incompleto de ambas manos. La talla era de 169 cm y su peso de 81 kg, con índice de masa corporal (IMC) de 28,7 kg/m² y unas cifras de tensión arterial (TA) de 156/87 mmHg.

Analítica

En la analítica destacaba una glucosa de 204 mg/dL, con una hemoglobina glicosilada A_{1c}: 7%, colesterol total: 256 mg/dL, creatinina normal, gamma glutamil transferasa (GGT): 85 U/L, fosfatasa alcalina: 143 U/L, proteína C reactiva (PCR): 2,1 mg/dL y velocidad sedimentación globular (VSG): 63 mm/h. La hematimetría mostraba una anemia normocítica normocrómica con hemoglobina (Hb): 11,8 g/dL. Factor reumatoide (FR): 196 U/mL y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 125 UI/mL. Serología de hepatitis B y C negativa.

Radiografías

Los hallazgos en radiología simple de manos (Imagen 1) mostraron pinzamiento radiocarpiano bilateral y a nivel de MCF.

Pruebas complementarias

Se realizó una ecografía abdominal que reflejaba hígado graso.

Diagnóstico

El paciente fue diagnosticado de AR FR (+) y anti-PCC (+) con un *Disease Activity Score* 28 (DAS 28): 5,9. Además presentaba DM tipo II con sobrepeso en grado II, HTA e hipercolesterolemia como factores de riesgo cardiovascular asociados.

Tratamiento y evolución clínica

Debido a la presencia en nuestro paciente de varios factores de RCV (DM con sobrepeso, HTA e hiperlipidemia), se pautó metotrexato (MTX) 15 mg/semana s.c., se redujo la dosis de prednisona a 5 mg/12 h para minimizar el impacto de esta sobre su RCV y se añadió tramadol 50 mg/8 h con el fin de evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y antiinflamatorios anti COX-2 (COXIB) tal y como lo sugieren las recomendaciones EULAR para el manejo del RCV en pacientes con AR y publicaciones relacionadas^(6,7).

Al mes de tratamiento no se obtuvo una clara mejoría, así que se incrementó la dosis de MTX a 20 mg/semana. Debido a la aparición de úlceras orales de repetición, se disminuyó de nuevo la dosis de MTX a 10 mg/semana. Como persistía activa su AR, se asoció leflunomida 10 mg/día obteniéndose una mejoría progresiva de la actividad articular con mínimo dolor a la movilización de ambas muñecas, desaparición de la sinovitis en MCF,

disminución de los reactantes de fase aguda (VSG: 20 mm/h) y un DAS 28: 2,8 puntos. Esto permitió disminuir progresivamente la prednisona hasta su suspensión, con mejoría de la glucemia, disminución de niveles de colesterol y normalización de las cifras tensionales, todo ello repercutiendo positivamente en el indicador SCORE de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

1. Boyer JF, Gourraud PA, Cantagrel A, Davignon JL, Constantin A. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Joint Bone Spine*. 2011;78(2):179-83.
2. Peters MJ, van Halm VP, Voskuyl AE, Smulders YM, Boers M, Lems WF, et al. Does rheumatoid arthritis equal diabetes mellitus as an independent risk factor for cardiovascular disease? A prospective study. *Arthritis Rheum*. 2009;61(11):1571-9.
3. van Halm VP, Peters MJ, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M, et al. Rheumatoid arthritis versus diabetes as a risk factor for cardiovascular disease: a cross-sectional study, the CARRE Investigation. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(9):1395-400.
4. del Rincón ID, Williams K, Stern MP, Freeman GL, Escalante A. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. *Arthritis Rheum*. 2001;44(12):2737-45.
5. González-Gay MA, González-Juanatey C. Enfermedad cardiovascular en artritis reumatoide. Importancia y tratamiento clínico. *Reumatol Clin*. 2009;5(3):95-7.
6. Peters MJ, Symmons DP, McCarey D, Dijkmans BA, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(2):325-31.
7. Makol A, Wright K, Matteson EL. Safe use of antirheumatic agents in patients with comorbidities. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38(4):771-93.

Galería fotográfica



Imagen 1. Rx anteroposterior de manos: se observa pinzamiento radio-carpiano y en metacarpofalángicas bilateral.

MSD no recomienda el uso de ningún producto de manera diferente a la descrita en su Ficha Técnica.



Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/Josefa Valcarcel, 38-28027 Madrid. www.msd.es.
Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co. Inc.,
Whitehouse Station, NJ, EE.UU. Todos los derechos reservados.

CÓDEX: **RHEU-1091208-0017**

Creado: **Octubre 2014**