

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

Paciente con historia de melanoma que presenta una artritis reumatoide activa a tratamiento con metotrexato y antipalúdicos

JOSÉ ALBERTO MIRANDA FILLOY
HOSPITAL LUCUS AUGUSTI - LUGO

Introducción

La inflamación y el cáncer tienen una relación profunda y compleja. Especialmente la inflamación crónica tiene efectos protumorales, aunque también se ha demostrado que las células cancerosas median en la respuesta inmune antitumoral, y que la inmunosupresión incrementa el riesgo de aparición de algunos tumores^(1,2). A pesar de todo, la incidencia de cáncer y riesgo de mortalidad son similares entre la población general y los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal; hallándose, sin embargo, ligeramente aumentada en la AR y en la psoriasis⁽²⁾. Excluyendo a pacientes que reciben terapia biológica, no se ha demostrado un aumento del riesgo de melanoma, al menos significativo, respecto a la población general⁽³⁾.

Presentamos el caso de una paciente en la que concurre la presencia de melanoma maligno y, posteriormente, debuta una artritis reumatoide (AR) con criterios de severidad, y cuya remisión no fue fácil de lograr con las limitaciones terapéuticas que condicionan el proceso oncológico.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 40 años de edad, alérgica a sulfamidas y fumadora de 10 cigarrillos/día desde hace 20 años. Entre sus antecedentes personales destacaba la presencia de asma bronquial alérgica intermitente y de melanoma nodular maligno a los 37 años en la planta del pie derecho, estadio IA, nivel II de Clark, Breslow 0,5 mm y tratado con cirugía exclusivamente. Su único tratamiento habitual era un inhalador de budesónida + formoterol a demanda.

Fue derivada a Reumatología por su médico de Atención Primaria 3 años más tarde del diagnóstico del melanoma por artralgias simétricas de 7 meses de evolución, con predominio en ambas rodillas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. No presentaba rigidez matutina. Tampoco refería historia personal ni familiar de psoriasis, enfermedad reumática inflamatoria, enfermedad inflamatoria intestinal ni uveítis.

En el momento de la primera valoración, presentaba 14 articulaciones dolorosas y 3 articulaciones tumefactas. La valoración global de la enfermedad por la paciente (VGP) era de 100 (0-100) y el índice DAS 28 era 5,32. El factor reumatoide (FR) fue positivo a título alto, al igual que los anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (anti-PCC). La analítica rutinaria mostró elevación de los reactantes de fase aguda: velocidad de sedimentación globular (VSG): 31 mm/h y la proteína C reactiva (PCR) ultrasensible: 98,6 mg/dL. En las radiografías (Rx) simples de manos y pies no se objetivaron erosiones.

Diagnóstico

AR seropositiva [FR (+), anti-PCC (+)] y elevado índice de actividad.

Tratamiento y evolución clínica

Se instauró tratamiento con metotrexato (MTX) s.c. 15 mg/semanales, ácido fólico 7,5 mg/semana, omeprazol 20 mg/24 h, naproxeno 500 mg/12 h y prednisona 10 mg/24 h en pauta descendente hasta 5 mg/24 h. Al mes de tratamiento, en la primera revisión, la paciente no había mejorado significativamente. Presentaba 8 articulaciones dolorosas, 2 tumefactas y su VGP era de 90 (0-100). El DAS 28 era de 5,53; la PCR ultrasensible de 95 mg/dL y la VSG de 34 mm/h. Se decidió asociar al tratamiento hidroxicloroquina (HCQ) 400 mg/24 h, lográndose la remisión parcial de la enfermedad durante 9 meses y llegando a suspenderse el tratamiento corticoideo.

En la siguiente revisión 12 meses después de iniciado el tratamiento, la enfermedad había empeorado nuevamente, presentando 11 articulaciones dolorosas y 4 tumefactas. La VSG era de 40 mm/h, la PCR de 102,7 mg/dL y el DAS 28 de 6,45; con una VGP de 100 (0-100).

Nos encontramos ante una paciente con AR y datos de actividad después de 12 meses de tratamiento con terapia combinada de MTX a dosis de 15 mg/semana y un antipalúdico. Entre sus antecedentes personales destacaba la presencia de un tumor cutáneo tipo melanoma 3 años antes y la alergia a las sulfamidas. Aunque no presentaba evidencia de enfermedad en el momento de la consulta, y no estaba bajo tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia ni inmunoterapia), la terapia biológica estaba desaconsejada por no haber transcurrido al menos 5 años desde el último tratamiento oncológico recibido, salvo en el caso de Rituximab⁽⁴⁾. En este subgrupo de pacientes, sin embargo, se admite la utilización de MTX, leflunomida (LFN), sulfasalazina (SSZ) e HCQ; si bien la alergia a las sulfamidas en esta paciente contraindicaba el uso de SSZ como alternativa o combinada con MTX⁽⁵⁾.

En este caso concreto, se incrementó la dosis de MTX s.c. a 25 mg/semanales manteniendo el antipalúdico, lo que consiguió mínima actividad de la enfermedad con normalización de los reactantes de fase aguda, una VGP de 30 (0-100), 0 articulaciones tumefactas y 4 dolorosas.

Bibliografía

1. Turesson C, Matteson EL. Malignancy as a comorbidity in rheumatic diseases. Rheumatology (Oxford). 2013;52(1):5-14.
2. Beyaert R, Beaugerie L, Van Assche G, Brochez L, Renaud JC, Viguier M, et al. Cancer risk in immune-mediated inflammatory diseases (IMID). Mol Cancer. 2013;12(1):98.
3. Perkins S, Cohen M, Rahme E, Bernatsky S. Melanoma and rheumatoid arthritis (brief report). Clin Rheumatol. 2012;31(6):1001-3.
4. Singh JA, Furst DE, Bharat A, Curtis JR, Kavanaugh AF, Kremer JM, et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology Recommendations for the Use of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Biologic Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(5):625-39.
5. Bombardier C, Hazlewood GS, Akhavan P, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al. Canadian Rheumatology Association recommendations for the pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: part II safety. J Rheumatol. 2012;39(8):1583-602.

Bibliografía recomendada

- Raaschou P, Simard JF, Holmqvist M, Askling J; ARTIS Study Group. Rheumatoid arthritis, anti-tumour necrosis factor therapy, and risk of malignant melanoma: nationwide population based prospective cohort study from Sweden. BMJ. 2013;346: f1939.

Galería fotográfica

No disponible.

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-1091208-0018**

Creado: **Noviembre 2014**