

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

Viaje a Filipinas de paciente bajo tratamiento con anti TNF por artritis reumatoide

TERESA CLAVAGUERA POCH

HOSPITAL DE PALAMÓS. GIRONA

Introducción

En la actualidad las terapias biológicas han mejorado manifiestamente nuestra capacidad para inducir remisión en algunos pacientes con artritis reumatoide (AR) o modificar la evolución natural de la enfermedad en otros⁽¹⁾. Esto comporta con frecuencia una mejora en la calidad de vida y un aumento de la productividad laboral en estos pacientes⁽²⁾. En ocasiones, nos encontramos ante situaciones que pueden crearnos cierto conflicto, ya que el paciente no siempre comprende las limitaciones que le confiere el estar sometido a estas terapias inmunosupresoras.

Se presenta el caso de una mujer con AR bien controlada con metotrexato (MTX) y anti *Tumour Necrosis Factor* (anti TNF) que quiere viajar a un país tropical. Nos consulta cómo debe enfocar el esquema vacunal.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Paciente de 38 años de edad diagnosticada en 2004 de una AR seropositiva y erosiva. El tiempo desde el inicio de los síntomas era de 12 meses. Presentaba una importante afectación poliarticular simétrica con predominio en manos y pies. Se inició tratamiento con indometacina a dosis de 150 mg/día y pautó el resto de las pruebas diagnósticas. En aquel momento, los anticuerpos antinucleares (ANA) eran negativos y los reactantes de fase aguda (RFA) no estaban elevados, aunque el factor reumatoide (FR) fue positivo (435 UI/mL).

Pruebas complementarias

En 2006 solicitamos la determinación de los anticuerpos antiproteínas citrulinadas (ACPA), que resultaron positivos (3,04 UI/mL; normal <1 UI/mL). En aquel momento las radiografías basales no reflejaban erosiones.

Diagnóstico

AR seropositiva [FR (+), ACPA (+)] y erosiva en tratamiento biológico con anti TNF. En planificación de viaje a país tropical.

Tratamiento y evolución clínica

En agosto de 2005 inició MTX v.o. a dosis de 10 mg/semana que se fue aumentando hasta 20 mg/semana por administración parenteral.

En mayo de 2007, presentando claros signos de actividad de la enfermedad (*Disease Activity Score* 28 [DAS 28]: 5,23), se decidió cambio a leflunomida (LFN) 20 mg/día, con previa dosis de carga de 100 mg/día durante 3 días.

En febrero de 2008, ante la persistencia de actividad (DAS 28: 4,12) y la demostración radiológica de erosiones en manos y pies (Imágenes 1 y 2), se decidió instaurar terapia biológica con adalimumab a dosis de 40 mg cada 15 días⁽³⁾. La respuesta inicial fue satisfactoria, pero en agosto de 2009 se suspendió el tratamiento con adalimumab por fallo secundario con elevación de RFA (proteína C reactiva [PCR]: 10 mg/L), incremento del DAS 28 > 4 y aparición de ANA. En estas circunstancias se decidió iniciar etanercept a dosis de 50 mg/semana⁽⁴⁾, recibiendo corticoides a dosis bajas (deflazacort 6 mg/día), indometacina 75 mg/día por la noche y MTX parenteral a dosis de 15 mg/semana como terapia concomitante.

En los últimos 6 meses la paciente se encontraba asintomática, exceptuando las deformidades del pie, con analítica normal y parámetros de actividad DAS 28 de 2,71 y *Simple Disease Activity Index* (SDAI) de 7; considerándose por tanto en remisión. Actualmente no toma ni corticoide ni antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y la dosis de MTX es de 15 mg/semana v.o.

Frente a esta mejoría la paciente se plantea hacer un viaje a Filipinas que incluye estancia en zona selvática. Así que nos consulta sobre el esquema de vacunación que deberá seguir frente a determinadas enfermedades de la zona.

En relación a las vacunas previas al inicio de la terapia biológica, la paciente había recibido vacunación para la hepatitis B (serologías hepatitis B, C y virus de inmunodeficiencia humana [VIH] negativas), además con *screening* de tuberculosis también negativo. Se vacunaba anualmente de la gripe y había recibido una dosis de vacuna antineumocócica 23T.

Por tanto, se remitió a la Unidad de Medicina Tropical de nuestro hospital de referencia, Hospital Santa Caterina (Girona), con un informe adjunto de su patología y de los tratamientos que estaba recibiendo. Según el consenso Sociedad Española de Reumatología sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas, el uso de vacunas con virus vivos atenuados (fiebre tifoidea y fiebre amarilla) está contraindicado, dado que el grado de inmunosupresión que induce la terapia biológica podría suponer un riesgo potencial de infección⁽⁵⁾. Por esto, en primer lugar se le explicaron una serie de medidas higiénicas que debía seguir. Seguidamente la paciente recibió profilaxis de malaria (ya que iba a zona selvática) y se actualizó la antitetánica y la hepatitis A. No era zona endémica de fiebre amarilla, pero si ese hubiese sido el caso, la vacunación habría estado contraindicada.

En resumen, los pacientes con AR deben recibir las mismas vacunas que la población general, excepto BCG, polio oral, fiebre tifoidea oral y fiebre amarilla, cuyos agentes inmunogénicos son virus vivos atenuados⁽⁶⁾.

Bibliografía

1. Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo de la Fuente JL, González Álvaro I, et al. Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2010;6(1):23-36.
2. Strand V, Singh JA. Newer biological agents in rheumatoid arthritis: impact on health-related quality of life and productivity. *Drugs*. 2010;70(2):121-45.
3. Ficha técnica de Humira®; adalimumab (AbbVie Ltd.).
4. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).
5. Gómez-Reino JJ, Loza Santamaría E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete J, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin*. 2011;7(5):284-98.
6. van Assen S, Agmon-Levin N, Elkayam O, Cervera R, Doran MF, Dougados M, et al. EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(3):414-22.

Galería fotográfica



Imagen 1. Rx anteroposterior de manos. Pinzamiento y erosiones en 3ª metacarpofalángica de la mano izquierda (previo a terapia biológica).



Imagen 2. Rx dorsoplantar de pies. Pinzamientos, erosiones y luxaciones en pies (previas a terapia biológica).

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-1091208-0020**

Creado: **Noviembre 2014**