

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 diabético con artritis reumatoide que precisa tratamiento biológico

MIRIAM ALMIRALL

HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA

Introducción

Presentamos el caso de una paciente con artritis reumatoide (AR) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que requiere terapia biológica por la alta actividad de su enfermedad reumática, y por la imposibilidad de reducir la dosis de corticoides con el consiguiente difícil manejo de su diabetes y de las complicaciones secundarias (infecciones de repetición y aumento del riesgo cardiovascular).

Historia, exploración y pruebas complementarias

Paciente mujer de 52 años de edad, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas.

Como antecedentes personales destacan ulcus péptico ya resuelto con inhibidores de la bomba de protones (IBP), dislipemia en tratamiento con estatinas, hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y DM2 bien controlada con dieta y antidiabéticos orales por su médico de cabecera.

Fue remitida al servicio de Reumatología por un cuadro de seis meses de evolución de poliartritis de grandes y pequeñas articulaciones: muñecas, metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP) de ambas manos, rodilla derecha y tobillo izquierdo.

Analítica

En la analítica destacaba positividad para factor reumatoide (FR): 229 UI/mL, anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 5,3 UI/mL y elevación de reactantes de fase aguda (PCR: 3 mg/dL y VSG: 69 mm/h).

Pruebas complementarias

Radiológicamente presentaba erosiones óseas a nivel de segunda MCF izquierda, tercera derecha y tercera IFP izquierda. Cumplía criterios de clasificación del *American College of Rheumatology* (ACR) de 2010 para AR⁽¹⁾.

Diagnóstico

AR seropositiva [FR (+), anti-PCC (+)] complicada con DM2, hipercolesterolemia e HTA.

Tratamiento y evolución clínica

Como tratamiento de su AR se le instauró corticoterapia a dosis medias (prednisona 15 mg/día) y metotrexato (MTX) en pauta ascendente rápida hasta alcanzar la dosis de 25 mg/semana s.c.

A los 3 meses de seguimiento con esta dosis de MTX, la paciente seguía presentando alta actividad de su AR, con un *Disease Activity Score* 28 (DAS 28) siempre superior a 5,1; no pudiendo bajar la dosis de prednisona de 10 mg/día por gran empeoramiento articular y en ocasiones requiriendo mayores dosis (20 mg/día) por brotes poliarticulares. Al no poder descender la dosis de prednisona presentaba cifras de glicemia siempre superiores a 200 mg/dL y cifras de hemoglobina glicosilada superiores al 7%, por lo que se realizó interconsulta con el servicio de Endocrinología. Se modificó la pauta de anti-diabéticos orales y se instauró insulina rápida, sin llegar a controlar las cifras de glicemia por los constantes brotes poliarticulares que requerían aumentar la dosis de prednisona. Presentó dos infecciones de orina por *E. Coli* que requirieron antibioticoterapia con ciprofloxacino.

La paciente cumplía criterios para iniciar terapia biológica según el consenso de la SER⁽²⁾, por lo que se inició tratamiento con adalimumab 40 mg cada 14 días (en terapia combinada con MTX)⁽³⁾.

A los tres meses mejoró la actividad inflamatoria de la AR con DAS 28: 3,1; pero no se pudo disminuir la dosis de prednisona de 10 mg/día, continuando el mal control de las cifras de glicemia además de un cuadro agudo de pielonefritis que requirió ingreso.

Al no alcanzar la remisión clínica, que sería el objetivo terapéutico, ni poder descender la corticoterapia en nuestra paciente con AR de inicio, se decidió modificar la terapia biológica^(2,4). Por tanto se hizo *switch* del biológico a otro con diferente mecanismo de acción; en este caso, abatacept en pauta habitual combinado con MTX⁽⁵⁾. Se decidió escoger abatacept por su buen perfil de seguridad^(6,7).

A los 3 meses de terapia combinada con abatacept y MTX, la paciente alcanzó la remisión clínica (DAS 28 <2,6) sin brotes poliarticulares y se pudo descender la dosis de prednisona hasta su supresión. Desde la suspensión del corticoesteroide se consiguió un buen control de las cifras de glicemia con antidiabéticos orales, con niveles de glucosa inferiores a 110 mg/dL y cifras de hemoglobina glicosilada inferiores al 7%. No requirió insulina rápida y no volvió a presentar nuevas infecciones de orina.

En el manejo terapéutico de la AR es importante el control de las comorbilidades para disminuir la mortalidad de estos pacientes. Así pues, al normalizarse las cifras de glicemia, disminuyó el riesgo de complicaciones y el riesgo de enfermedad cardiovascular, aumentado en los pacientes con AR⁽⁸⁾.

Bibliografía

1. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569-81.
2. Tornero J, Sanmartí R, Rodríguez V, Martín E, Marengo 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;6:23-36.
3. Ficha técnica de Humira® (adalimumab; AbbVie Ltd.).
4. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:631-7.
5. Ficha técnica de Oencia® (abatacept; Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG).
6. Singh JA, Wells GA, Christensen R, Tanjong Ghogomu E, Maxwell L, Macdonald JK et al. Adverse effects of biologics: a network meta-analysis and Cochrane overview. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2): CD008794.
7. Weinblatt ME, Schiff M, Valente R, van der Heijde D, Citera G, Zhao Z et al. Head-to-head comparison of subcutaneous abatacept versus adalimumab for rheumatoid arthritis: findings of a phase IIIb, multinational, prospective, randomized study. *Arthritis Rheum.* 2013;65:28-38.
8. 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.

Bibliografía recomendada

- Ranganath VK, Maranian P, Elashoff DA, Woodworth T, Khanna D, Hahn T. Comorbidities are associated with poorer outcomes in community patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52:1809-17.
- Turesson C, Jarenros A, Jacobsson L. Increased incidence of cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: results from a community based study. *Ann Rheum Dis* 2004;63:952-5.

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-1091208-0021**

Creado: **Noviembre 2014**