

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 ESTABLECIDA

Tratamiento con abatacept en paciente con artritis reumatoide activa e infecciones de repetición

**MARÍA DE LOS ÁNGELES
MATÍAS DE LA MANO**
INFANTA LEONOR. MADRID

Introducción

La eficacia y seguridad los fármacos *Anti Tumour Necrosis Factor* (anti TNF) se ha demostrado en diferentes estudios; sin embargo, algunos estudios postcomercialización indican que dichos tratamientos podrían incrementar la incidencia de infecciones en los pacientes que los reciben, con independencia de la enfermedad de base, tal y como se ha observado, entre otros, en el registro español de reacciones adversas a las terapias biológicas (BIOBADASER)⁽¹⁾.

Uno de los principales problemas de los tratamientos con anti TNF son las consecuencias adversas de la inhibición del TNF. Éste es un mediador en el proceso inflamatorio normal y tiene propiedades bactericidas, por lo que los tratamientos anti TNF pueden inducir inmunosupresión. Hay que tener en cuenta que los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan por sí mismos un mayor riesgo de infecciones graves⁽²⁾.

En los pacientes con AR que presentan infecciones de repetición, es poco recomendable, o se ha de valorar el riesgo-beneficio a la hora de pautar un tratamiento con fármacos biológicos⁽³⁾.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Paciente mujer de 41 años de edad, con antecedente de asma bronquial estable en tratamiento broncodilatador, que nunca había requerido ingreso hospitalario.

Diagnosticada de AR (factor reumatoide [FR] y anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico [anti-PCC] positivos) desde el año 2009, debutó con oligoartritis simétrica de ambos carpos y moderada limitación funcional asociada (*Disease Activity Score* 28 [DAS 28]: 5,06). Sin presencia de erosiones en el momento del diagnóstico.

Durante los primeros siete meses tras el diagnóstico, la paciente recibió diferentes fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), con respuesta parcial a los mismos: metotrexato (MTX) v.o. hasta 15 mg/semanal (suspendido por intolerancia digestiva); MTX s.c. 25 mg/semana; leflunomida (LFN) 10 mg/semana más MTX 15 mg/semana (suspendido por respuesta parcial); y esteroides a dosis variables.

Ante la persistencia de la clínica y la limitación funcional para realizar su trabajo, se inició tratamiento con adalimumab (ADA) 40 mg s.c./2 semanas⁽⁴⁾ y MTX, con buena respuesta clínica al mes de tratamiento (DAS 28: 3,5). Teniendo en cuenta que el DAS 28 al diagnóstico era de 5,06, la respuesta al tratamiento con adalimumab en esta paciente al mes de tratamiento puede considerarse buena/aceptable desde el punto de vista clínico.

A las ocho semanas de iniciar adalimumab, acudió a Urgencias con un cuadro compatible con neumonía comunitaria basal derecha, que no requirió ingreso hospitalario. Al mes de reintroducir el tratamiento, presentó fiebre de 39° y dolor en fosa ilíaca derecha, precisando ingreso y suspendiendo el tratamiento inmunosupresor (ADA + MTX). La paciente fue diagnosticada de pielonefritis aguda por *E. Coli* producto de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA), permaneciendo afebril y asintomática tras recibir antibiótico endovenoso de amplio espectro.

Diagnóstico

AR seropositiva no erosiva.

Tratamiento y evolución clínica

A los tres meses del alta hospitalaria, presentó un nuevo brote articular que se extendió a manos, pies y rodilla derecha de mal control con esteroides a dosis medias, por lo que se decidió iniciar tratamiento con abatacept ajustado a peso⁽⁵⁾.

Tras un año de tratamiento, se encontraba en remisión clínica con abatacept intravenoso y prednisona 5 mg/día. En la última revisión presentó: *Health Assessment Questionnaire* (HAQ): 0,75; DAS 28: 2,4 y leve dolor en rodilla derecha sin signos flogóticos. En el último control analítico: hemograma normal, velocidad de sedimentación globular (VSG): 12 mm/h, proteína C reactiva (PCR): 0,3 mg/dL, anti-PCC: 1.302 U/mL y FR: 749. No se objetivó progresión radiográfica en radiografía simple ni ecografía. La paciente no ha presentado nuevas infecciones graves, y próximamente realizará el cambio al nuevo dispositivo s.c. recientemente disponible.

Bibliografía

1. Pérez-Sola MJ, Torre-Cisneros J, Pérez-Zafrilla B, Carmona L, Descalzo MA, Gómez-Reino JJ; BIOBADASER Study Group. Infections in patients treated with tumor necrosis factor antagonists: incidence, etiology and mortality in the BIOBADASER registry. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(12): 533-40.
2. Listing J, Gerhold K, Zink A. The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(1):53-61.
3. 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.

4. Ficha técnica de Humira®; adalimumab (AbbVie Ltd.).
5. Ficha técnica de Orenzia®, abatacept (Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG).

Galería fotográfica

El caso clínico no contiene imágenes.

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-1113699-0000**

Creado: **Junio 2014**