

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

Paciente con artritis de carpos, FR positivo, anti-PCC negativo refractaria a metotrexato monoterapia y en combinación con dos anti TNF sucesivos, que finalmente responde a metotrexato + abatacept

MARÍA GALINDO IZQUIERDO
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

Introducción

Mujer de 50 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), osteoporosis en tratamiento con risedronato, suplementos de calcio y vitamina D, que presentaba bronquiectasias desde la juventud con infecciones respiratorias de repetición que han requerido antibioticoterapia. Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Paciente que acudió por primera vez a nuestra consulta en julio de 2007, para seguimiento de artritis reumatoide (AR) diagnosticada un año antes, que estaba en ese momento en tratamiento con metotrexato (MTX) 15 mg/semana (desde octubre de 2006) y prednisona a dosis bajas (5 mg/día). La paciente suspendió por su cuenta el tratamiento por mejoría importante, presentando posteriormente un rebrote poliarticular con consecuente reinicio de dicho tratamiento. Desde entonces, a pesar del escalado progresivo de MTX hasta 25 mg/semana s.c. y de prednisona 7,5 mg/día, siguió presentando brotes de actividad articular inflamatoria. Por este motivo, y por persistencia de la actividad clínica, radiológica y analítica, se decidió iniciar tratamiento biológico con infliximab (3 mg/kg a las 0, 2 y 6 semanas y posteriormente cada 8 semanas) i.v.⁽¹⁾ en 2008. Pasados tres meses, fue necesario suspender el tratamiento por falta de respuesta. Además, en ese periodo la paciente presentó dos episodios de infección respiratoria no condensante que requirió ciclos de 7 días de levofloxacino 500 mg/ día

v.o. En agosto de 2008, se pautó tratamiento con etanercept 50 mg s.c. cada semana ⁽²⁾ por persistencia de la actividad de la enfermedad, resultando en una mejoría clínica. A finales de mayo de 2009, la paciente presentó brote poliarticular grave, con incapacidad funcional importante, con afectación de manos, hombros, rodillas y pies.

Exploración física:

- Auscultación cardíaca (AC): rítmica, sin soplos.
- Auscultación pulmonar (AP): murmullo vesicular conservado.
- Locomotor: número de articulaciones tumefactas (NAT): 15; número de articulaciones dolorosas (NAD): 17

Pruebas complementarias:

- Velocidad de sedimentación globular (VSG): 18 mm/h; proteína C reactiva (PCR): 3,75 mg/L (normalidad < 0,8 mg/dL); factor reumatoide (FR): 112 (UI)/mL, anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): negativo.

Diagnóstico

AR grave y con actividad alta, con fallo al fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) clásico y dos fármacos *Anti Tumour Necrosis Factor* (anti TNF).

Tratamiento y evolución clínica

Se inicia tratamiento con abatacept 750 mg/mes i.v. ⁽³⁾.

Tras 4 meses de haber comenzado el tratamiento con abatacept, la paciente refería importante mejoría clínica. No había presentado ningún episodio de infección respiratoria en este periodo.

En exploración: NAD: 4, NAT: 0, VSG: 6 mm/h, PCR: 0,6 mg/L.

Bibliografía

1. Ficha técnica de Remicade®.
2. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).
3. Ficha técnica de Orencia®, abatacept (Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG).

Bibliografía recomendada

- Kremer JM, Dougados M, Emery P, Durez P, Sibilia J, Shergy W, et al. Treatment of rheumatoid arthritis with the selective costimulation modulator abatacept: twelve-month results of a phase iib, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52(8):2263-71.
- Genovese MC1, Becker JC, Schiff M, Luggen M, Sherrer Y, Kremer J, et al. Abatacept for rheumatoid arthritis refractory to tumor necrosis factor alpha inhibition. *N Engl J Med.* 2005;353(11):1114-23.
- Westhovens R, Cole JC, Li T, Martin M, Maclean R, Lin P, et al. Improved health-related quality of life for rheumatoid arthritis patients treated with abatacept who have inadequate response to anti-TNF therapy in a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomized clinical trial. *Rheumatology (Oxford).* 2006;45(10):1238-46.

- Weinblatt M, Combe B, Covucci A, Aranda R, Becker JC, Keystone E. Safety of the selective costimulation modulator abatacept in rheumatoid arthritis patients receiving background biologic and nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs: A one-year randomized, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 2006;54(9):2807-16.

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.

Antes de prescribir Remicade® por favor consulte su Ficha Técnica:

http://profesionales.msd.es/static/medicos/images/ft_remicade_100mg_tcm2308-290621.pdf



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**