

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 poliartritis simétrica de manos y erosiones metacarpofalángicas, refractaria a metotrexato, que no responde a metotrexato + leflunomida y sí responde a metotrexato + anti TNF.

MARÍA GALINDO IZQUIERDO
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

Introducción

Paciente en seguimiento en nuestra consulta desde 1996 al ser diagnosticada de artritis reumatoide (AR) con factor reumatoide (FR) positivo, erosiva.

Desde el punto de vista terapéutico, ha sido refractaria a metotrexato (MTX) 25 mg/semana s.c., que no responde a MTX + leflunomida (LFN) y sí responde a MTX + *Anti Tumour Necrosis Factor* (anti TNF).

Historia, exploración y pruebas complementarias

Inicialmente, se pautó tratamiento con glucocorticoides a dosis bajas y MTX (inicio en junio de 1997). En septiembre de 1998 aparecieron erosiones en manos.

En 2004, por persistencia de artritis, y a pesar de haber aumentado la dosis de MTX hasta 25 mg semanales y de haber cambiado la vía de administración, se combinó MTX con LFN 20 mg diarios con respuesta parcial. En 2007, el control radiológico mostró empeoramiento de erosiones en metacarpofalángicas (MCF), así como en carpo izquierdo (Imágenes 1-4).

Exploración física:

- Funciones corticales normales. Auscultación cardiopulmonar: normal. Número de articulaciones dolorosas (NAD): 7, número de articulaciones tumefactadas (NAT): 5.
- Bloqueo para flexoextensión completa de carpos, atrofia de interóseos. Sin artritis.
- Escala visual analógica (EVA): EVA dolor: 70 mm, EVA global: 70 mm, EVA médico: 75 mm, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ): 1,25.

Pruebas complementarias:

- Velocidad sedimentación globular (VSG): 65 mm/h, proteína C reactiva (PCR): 2,7 mg/dL, radiografías (Rx) óseas con múltiples erosiones en manos y pies (Imágenes 1-4).

Diagnóstico

AR con afectación de manos y pies, grave y activa, con progresión radiológica a pesar de tratamiento en combinación de dosis altas de dos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos.

Tratamiento y evolución clínica

En julio de 2007 se asoció tratamiento con etanercept 50 mg semanales s.c.⁽¹⁾, y se suspendió tratamiento con LFN.

Se revisó a la paciente tres meses después. Refería muy buena respuesta clínica al tratamiento con etanercept. No se registraron complicaciones infecciosas. NAD: 0, NAT: 0. Bloqueo para flexoextensión completa de carpos, atrofia de interóseos. No artritis. EVA dolor: 0, EVA global: 0, EVA médico: 10, HAQ: 0,375, VSG: 11 mm/h, PCR: 0,05 mg/dL.

Bibliografía

1. Ficha técnica de Enbrel®, etanercept (Pfizer Ltd.).

Bibliografía recomendada

- Weinblatt ME, Kremer JM, Bankhurst AD, Bulpitt KJ, Fleischmann RM, Fox RI, et al. A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor:Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. N Engl J Med. 1999;340(4):253-9.
- Bathon JM, Martin RW, Fleischmann RM, Tesser JR, Schiff MH, Keystone EC, et al. A comparison of etanercept and methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. N Engl J Med. 2000;343(22):1586-93.
- Moreland LW, Schiff MH, Baumgartner SW, Tindall EA, Fleischmann RM, Bulpitt KJ, et al. Etanercept therapy in rheumatoid arthritis. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 1999;130(6):478-86.

Galería fotográfica



Imagen 1. Rx de mano izquierda (I). Pinzamiento pancarpiano y en las articulaciones MCF de 1º y 3º dedo e IFP de 5º dedo. Erosiones pancarpianas y en apófisis estiloides cubital, en articulaciones MCF de 1º, 2º y 3º dedo. Probable anquilosis de MCF de 2º dedo.



Imagen 2. Rx de mano derecha (D). Pinzamiento pancarpiano. Erosiones en articulaciones MCF de 3º y 5º dedo e interfalángica proximal (IFP) de 5º dedo.



Imagen 3. Rx de pie izquierdo (I). Hallux valgus. Erosiones en articulaciones MTF del 2º, 3º, 4º y 5º dedo. Luxación MTF del 3º dedo. Pinzamiento articular tarsiano y quiste subcondral en escafoides.



Imagen 4. Rx de pie derecho (D). Hallux valgus. Erosiones en articulaciones metatarsofalángicas (MTF) del 2º, 3º, 4º y 5º dedo. Importante deformidad en flexión de 3º, 4º y 5º dedo.

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**