

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

Artritis reumatoide activa con antecedente de pleuritis tuberculosa

TRINIDAD PÉREZ

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Introducción

En los últimos años hemos presenciado un avance sin precedentes en el diagnóstico precoz y tratamiento de la artritis reumatoide (AR), que tiene por objetivo evitar al máximo la progresión del daño estructural. Sin embargo, llegan a nuestras consultas pacientes que presentaron la enfermedad antes de la disponibilidad de fármacos biológicos, y que actualmente mantienen una importante actividad inflamatoria sumada a deformidades articulares muy limitantes y dolorosas, además de otras patologías asociadas. A menudo vemos cómo estos pacientes son rechazados para la opción de tratamientos biológicos por considerarse que el balance beneficio/riesgo es negativo, así como su coste económico.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 58 años que llegó a nuestras consultas para considerar una segunda opinión. Diagnosticada de AR a los 33 años de edad por proceso de poliartrosis aditiva bilateral y simétrica de curso agresivo con rápida evolución hacia deformidades articulares. Recibió tratamiento con sales de oro, sulfasalazina (SSZ), hidroxiquina (HCQ) y metotrexato (MTX). Se suspendió el tratamiento con HCQ por alteración macular y se mantuvo MTX oral 15 mg/semana, ibuprofeno 800 mg/día y esteroide intramuscular puntual en fases de reagudización articular.

Antecedentes personales

Pleuritis tuberculosa en la adolescencia, para la que la paciente refirió haber sido tratada durante 9 meses. Menopausia a los 45 años en tratamiento con terapia hormonal sustitutiva (THS) hasta los 52 años. Hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida. Había sido intervenida de colesteatoma bilateral con hipoacusia residual, y corrección de deformidades en pies por su AR. Tuvo dos hijas, una de ellas con diagnóstico de reumatismo palindrómico.

Exploración física

Sistémica sin datos relevantes. Articular: 6 articulaciones inflamadas, 7 articulaciones dolorosas, limitación en hombros y deformidades características de AR en manos y pies. Nódulos reumatoides en cara de extensión de ambos codos.

Pruebas complementarias

Hemograma normal. Velocidad de sedimentación globular (VSG): 33 mm/h. Bioquímica normal; proteína C reactiva (PCR): 2,3 mg/L (N: < 0,8 mg/dL). Factor reumatoide (FR): 324 UI/mL. Anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): > 600 UI/mL, anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ácido desoxirribonucleico (anti-ADN) y serología virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) negativos. *Mantoux*: 20 mm.

Ecografía articular: engrosamiento sinovial con señal *Doppler* en ambos carpos, 1ª, 2ª y 3ª metacarpofalángicas (MCF) derechas, 2ª, 3ª y 5ª MCF izquierdas, 2ª y 3ª interfalángicas proximales (IFP) derechas, 2ª IFP izquierda. Densitometría ósea: 0,239 g/cm² (T-score: -3). Radiografía (Rx) de tórax: lesión residual en casquete apical derecho. Rx de raquis cervical: distancia atlóido-axoidea en límite, unocoartrosis. Rx de manos: destrucción articular en ambos carpos, erosiones y geodas subcondrales en MCF e IFP de ambas manos (Imagen 1).

Diagnóstico

Paciente diagnosticada de AR evolucionada, erosiva y activa con *Disease Activity Score 28* (DAS 28) >5,2; hipertensión arterial y maculopatía por HCQ.

Tratamiento y evolución clínica

Se trata de una paciente que presenta AR agresiva con actividad inflamatoria importante. En el centro donde previamente había sido controlada, se indicó profilaxis con isoniacida, que se suspendió al mes de tratamiento por alteración hepática e intolerancia digestiva, no pautando otras alternativas de profilaxis (rifampicina) por desestimar el posible tratamiento con anti *Tumour Necrosis Factor* (anti TNF). Se asoció tratamiento con leflunomida (LFN) 20 mg/día a la dosis estable de MTX, que se suspendió a los dos meses por presentar la paciente cifras de tensión arterial elevadas. Por nuestra parte, se consideraron otras opciones de tratamiento biológico diferentes a anti TNF dado los antecedentes de tuberculosis. En estos casos, las opciones terapéuticas con una AR activa se ven limitadas por los riesgos de potenciales infecciones severas⁽¹⁾. En ellos, el uso de rituximab podría ser una alternativa a la terapia anti TNF por su menor riesgo de infecciones recurrentes⁽²⁾.

Se inició tratamiento con rituximab 1.000 mg i.v. a las semanas 0, 2 y después cada 6 meses⁽³⁾ junto a MTX 15 mg/semana, que la paciente ha mantenido hasta la actualidad sin presentar efectos adversos. El DAS 28 a los 4 meses del primer ciclo era de 3,72; y al año de tratamiento de 3,1. El *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) al inicio del tratamiento fue de 1.750, y también en el 1º y 4º mes del mismo. No ha precisado dosis de esteroides parenterales ni orales. Se revisa el tratamiento cada 6 meses al presentar reactivación de la inflamación articular a las 22 semanas del tratamiento. En ese momento se inició tratamiento con ácido alendrónico 70 mg/semana que fue suspendido por intolerancia digestiva, pautándose en su lugar ácido zoledrónico i.v. 5 mg/anual, con buena tolerancia. Se mantiene vigilancia de la afectación atlóidoaxoidea, sin precisar hasta el momento fijación quirúrgica.

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 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. Xanthouli P, Sailer S, Fiehn C. Rituximab (RTX) as an Alternative to TNF-Alpha Antagonists in Patients with Rheumatoid Arthritis and High Risk of Severe Infections: A Systematic Analysis of the Experience in One Center. Open Rheumatol J. 2012;6:286-9.
3. Ficha técnica de MabThera®; rituximab (Roche Registration Ltd.).

Bibliografía recomendada

- Cohen SB, Emery P, Greenwald MW, Dougados M, Furie RA, Genovese MC, et al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks. Arthritis Rheum. 2006;54(9):2793-806.
- Chen YM, Chen HH, Lai KL, Hung WT, Lan JL, Chen DY. The effects of rituximab therapy on released interferon- γ levels in the QuantiFERON assay among RA patients with different status of Mycobacterium tuberculosis infection. Rheumatology (Oxford). 2013;52(4):697-704.
- Pehlivan Y, Kisacik B, Bosnak VK, Onat AM. Rituximab seems to be a safer alternative in patients with active rheumatoid arthritis with tuberculosis. BMJ Case Rep. 2013;2013.

Galería fotográfica



Imagen 1. Rx anteroposterior de ambas manos.

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-1091208-0015**

Creado: **Octubre 2014**