

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

Artritis reumatoide FR positivo, anti-PCC negativo, refractaria a FAME que responde anti TNF más metotrexato

DOLORES MÍNGUEZ SÁNCHEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Introducción

Se trata de una paciente que inicia su cuadro con artralgiyas generalizadas y artritis de manos, con factor reumatoide (FR) positivo desde el inicio y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC) negativos, a pesar de lo cual, llega a precisar fármacos *Anti Tumour Necrosis Factor* (anti TNF) para su control.

Historia, exploración y pruebas complementarias

- Paciente mujer de 47 años.
- Antecedentes personales: síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con fluoxetina y lorazepam. Sin otros antecedentes de interés.
- Acude a consulta de Reumatología en noviembre de 2005 por cuadro de artralgiyas generalizadas, así como inflamación en ambas manos, dolor nocturno y rigidez matutina mayor de 1 hora. Esta clínica comenzó dos meses antes.
- No refería fiebre ni síndrome constitucional. Sin fotosensibilidad, aftas, Síndrome de Raynaud o caída de pelo. Sin afectación cutánea. Por órganos y aparatos, el interrogatorio fue negativo.
- Escasa respuesta a ibuprofeno pautado por su médico de Atención Primaria.

Exploración física

Buen estado general con exploración física general normal. Dolor a la palpación articular generalizada, sin claros puntos de fibromialgia. Inflamación y sinovitis simétrica en ambas manos, metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas proximales (IFP). Resto normal.

Exploraciones complementarias

- Analítica: hemograma normal; velocidad de sedimentación globular (VSG): 35 mm/h; bioquímica normal; proteína C reactiva (PCR): 3,25 mg/L; FR: 234 UI/mL; anticuerpos antinucleares (ANA): negativos; anti-ácido desoxirribonucleico (anti-DNA): negativo; anti-PCC (realizado a posteriori): negativo. Coagulación: fibrinógeno: 340 mg/dL. Orina y sedimento: normales.
- Radiografía (Rx) de manos: normales.
- Rx de tórax: normal.

Diagnóstico

Artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo.

Tratamiento y evolución clínica

Con este diagnóstico, se inicia tratamiento con metotrexato (MTX) 10 mg s.c. y se añade prednisona 10 mg junto con suplementos de calcio y ácido fólico.

A las 6 semanas, la paciente acudió a revisión refiriendo mejoría, sobre todo de las artral-
gias, pero mantenía artritis en manos. Había disminuido prednisona a 5 mg al día. Buena
tolerancia a MTX.

La analítica de control presentaba una VSG: 25 mm/h; PCR: 2,2 mg/L; las transaminasas
era normales.

Se decidió aumento de MTX a 20 mg s.c. semanales.

Al mes de la segunda revisión, la paciente refería escasa mejoría clínica, con buena tole-
rancia a la inyección de MTX. Precisó aumentar prednisona a 10 mg/día y tomar antiinfla-
matorio no esteroideo (AINE).

Se añadió entonces sulfasalazina en dosis crecientes hasta 2 g/día. Se pautó interconsulta
a Oftalmología para preparar a la paciente para antipalúdico (hidroxicloroquina), que aña-
dimos dos meses después, manteniéndose la paciente con triple terapia durante 3 meses.

Continuó con mucha rigidez matutina, menos artritis, pero precisando prednisona entre
7,5 y 10 mg al día. Se le propuso entonces la posibilidad de inicio de fármaco biológico,
que la paciente asintió firmando el consentimiento informado.

Se realizó *Mantoux, Booster*; serología para virus de la hepatitis B (VHB) y Rx de tórax,
siendo todos normales o negativos.

Previo suspensión de sulfasalazina e hidroxicloroquina, iniciamos tratamiento con adali-
mumab a dosis de 40 mg s.c. cada dos semanas en combinación con MTX⁽¹⁾.

A las 8 semanas de tratamiento, la paciente refería mejoría significativa del dolor, la in-
flamación y menor rigidez matutina. Disminuyó prednisona a 5 mg cada 48 horas y solo
precisaba AINE de forma puntual.

Se inició descenso paulatino de MTX hasta completa retirada del mismo. En el momen-
to actual la paciente permanece en remisión clínica, sin precisar MTX ni corticoide, solo
AINE de forma esporádica. Se plantea bajada de dosis del biológico.

Aunque las publicaciones revisadas en los últimos años indican que la AR con anti-PCC positivos tiene una evolución más agresiva, tal y como lo refrenda el trabajo Kim H. H. y col.⁽²⁾, y nuestra práctica clínica cuando los utilizamos como marcador de peor pronóstico e inicio precoz de tratamiento más agresivo, este no siempre es el caso. Ejemplo de ello se aporta en un reciente estudio danés en el que la calidad de vida valorada por los pacientes, no se veía afectada por la positividad o no de los anti-PCC⁽³⁾. En el caso que nos ocupa (anti-PCC negativos), la paciente no respondió clínicamente como se esperaba al ser tratada simplemente con fármacos de acción lenta. Por ello, tras el fracaso con MTX, terapia combinada con dos FAME y un tercero a posteriori, se decidió inicio de terapia biológica. La paciente no ha llegado a tener daño radiológico, pero tras cambiar la estrategia de tratamiento, alcanzó la remisión clínica, hallándose asintomática, sin precisar apenas otros fármacos.

Bibliografía

1. Ficha técnica de Humira®; adalimumab (AbbVie Ltd.).
2. Kim HH, Kim J, Park SH, Kim SK, Kim OD, Choe JY. Correlation of anti-cyclic citrullinated antibody with hand joint erosion score in rheumatoid arthritis patients. Korean J Intern Med. 2010;25(2):201-6.
3. Poulsen CH, Jacobsen S, Frisch M, Frederiksen K, Johansen C. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies do not reflect self-reported disability and physical health in patients with rheumatoid arthritis of less than 5 years of duration. Rheumatol Int. 2013;33(11):2763-72.

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**