

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 agresiva en paciente joven

JUAN MORENO

HOSPITAL SANTA LUCÍA. CARTAGENA

Introducción

Paciente mujer de 30 años. Un año antes de la consulta desarrolla un cuadro de dolor y tumefacción en manos, posteriormente en rodillas y finalmente en pies. En Atención Primaria inician tratamiento con deflazacort a dosis de 30 mg/día, consiguiendo bajar hasta 15 mg/día (a menor dosis presenta reagudización clínica), junto con 150 mg/día de diclofenaco.

Historia, exploración y pruebas complementarias

A la exploración, presenta facies en “luna llena”, sinovitis en carpos, y rodilla derecha, dolor en hombros y deformidad de articulaciones interfalángicas distales (IFD) de ambas manos.

En la analítica, presenta un factor reumatoide (FR): 192 UI/mL; proteína C reactiva (PCR): 1,8 mg/dL; velocidad de sedimentación globular (VSG): 48 mm/h; anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 272 UI/mL. La radiografía (Rx) inicial mostraba osteopenia severa en carpo izquierdo y presencia de erosiones en ambos carpos (Imagen 1). Escala visual analógica global (EVA global): 70 mm, *Disease Activity Score 28* (DAS 28)-VSG: 5,43.

Diagnóstico

Artritis reumatoide (AR) con factores de mal pronóstico.

Tratamiento y evolución clínica

Siguiendo las recomendaciones de tratamiento de la Sociedad Española de Reumatología, se inició tratamiento con metotrexato (MTX) s.c. a dosis iniciales de 10 mg/semana,

junto con suplementos de ácido fólico; y escalada rápida de dosis hasta un máximo tolerado de 20 mg/semana⁽¹⁾. Durante 10 meses presentó una adecuada respuesta clínica, con normalización de reactantes de fase aguda y episodios ocasionales de artritis de rodilla (resto articulaciones no inflamadas).

Posteriormente, desarrolló intolerancia a MTX, por lo que se disminuyó la dosis, no desapareciendo las náuseas y reagudizándose la clínica articular. Se optó por cambio a leflunomida (LFN) (20 mg/día), informando a la paciente explícitamente de la necesidad de lavado en caso de que deseara quedar embarazada (pues se trataba de una paciente en edad fértil).

No se consiguió respuesta al tratamiento, observándose persistencia de sinovitis en carpos (durante este periodo se realizó radiosinoviotesis de rodilla), con PCR en torno a 1,5 mg/dL, y VSG en torno a 30 mm/h. Se realizó protocolo (*Mantoux*, Rx toraxlordótica) para descartar tuberculosis latente y se asoció adalimumab 40 mg s.c./cada 15 días (1). La paciente mostró respuesta DAS 28, y alcanzó remisión (número de articulaciones dolorosas [NAD]: 1; número de articulaciones tumefactadas [NAT]: 0; (EVA global: 20 mm; VSG: 8 mm/h; PCR<0,4 mg/dL [DAS 28-VSG=2,3]).

En los controles analíticos de seguimiento se constató elevación de alanina aminotransferasa (ALT): 100 UI/L y aspartato aminotransferasa (AST): 120 UI/L, por lo que se redujo la dosis de LFN a 10 mg/día, a pesar de lo cual persistía elevación de ALT: 79 UI/L y AST: 86 UI/L. En ese momento además, la paciente manifestó su deseo futuro de gestación, por lo que se decidió suspender la LFN, manteniendo remisión DAS los 2 años posteriores en los que se ha mantenido en monoterapia con adalimumab.

Bibliografía

1. Ficha técnica de Humira®; adalimumab (AbbVie Ltd.).

Bibliografía recomendada

- Sociedad Española de Reumatología. Actualización de la guía de práctica clínica de la artritis reumatoide. Disponible en: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/dicGUIPCAR_2011_V7.pdf. Último acceso: Abril 2014.
- Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo de la Fuente JL, González Álvaro I, et al. Actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2010;6(1):23-36.
- Voulgari PV, Kaltsonoudis E, Papagoras C, Drosos AA. Adalimumab in the treatment of rheumatoid arthritis. *Expert Opin Biol Ther*. 2012;12(12):1679-86.

Galería fotográfica



Imagen 1. Rx anteroposterior de manos y carpos, con presencia de osteopenia severa en carpo izquierdo y presencia de erosiones y disminución del espacio articular en ambos carpos.

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**