

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

Switching con anti TNF- α en monoterapia en paciente con artritis reumatoide

AMPARO YBÁÑEZ GARCIA

HOSPITAL DOCTOR PESET. VALENCIA

Introducción

En los consensos y guías de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide (AR) se postula el uso combinado de los fármacos biológicos con metotrexato (MTX) o leflunomida (LFN), como una opción de tratamiento en aquellos pacientes que no responden a la monoterapia⁽¹⁻³⁾. Sin embargo, no siempre es posible la asociación, bien por los efectos secundarios de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), o por estar contraindicados en distintas situaciones.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 32 años diagnosticada de AR seropositiva hace 3 años. La paciente debutó con una poliartritis bilateral y simétrica de manos y pies, con adición posterior de otras articulaciones, codos y rodillas. Se acompañó de febrícula vespertina y rigidez matutina superior a 2 horas. La paciente había llevado tratamiento con dos FAME por poco tiempo, MTX, que no toleró por problemas gástricos, e hidroxiclороquina, que fue retirada por cefalea y molestias abdominales. Llevaba tan sólo tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas.

Exploración física

Se constató la presencia de signos inflamatorios: sinovitis en carpos y metacarpofalángicas (MCF), con discreta atrofia de interóseos (Imagen 1), así como tumefacción en metatarsofalángicas (MTF) de ambos pies. A la palpación refería dolor articular y limitación de la movilidad en muñecas. *Disease Activity Score 28* (DAS 28): 6,38. Número de articulaciones dolorosas (NAD): 14; número de articulaciones tumefactadas (NAT): 11; proteína C reactiva (PCR): 34 mg/L; estado de salud general (SG): 80 y *Health Assessment Questionnaire* (HAQ): 2.

Analítica

Hemograma sin alteraciones significativas; bioquímica con preservación de la función renal y hepática; PCR: 34 mg/L; velocidad de sedimentación globular (VSG): 58 mm/h. Fac-

tor reumatoide (FR): 42 UI/mL; anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico (anti-PCC): 167 UI/mL. Anticuerpos antinucleares (ANA)/anti-antígeno extraíble nuclear (ENA): negativos. Serología virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatotropos negativa. *Mantoux* y *Booster* negativos.

Pruebas de imagen

- Radiografía (Rx) simple de tórax: normal.
- Rx de manos y pies: destacaba aumento de partes blandas a nivel de ambos carpos, MCF, MTF y osteopenia yuxtaarticular.

Diagnóstico

La paciente cumplía criterios *American College of Rheumatology* (ACR)/*European League Against Rheumatism* (EULAR) 2010 de AR⁽⁴⁾.

Tratamiento y evolución clínica

Cuando acudió por primera vez a nuestra consulta, la paciente manifestó su deseo de embarazo, descartándose de entrada el tratamiento con LFN. Se decidió conjuntamente iniciar tratamiento biológico para intentar el control de la enfermedad y posteriormente plantearse el embarazo. Convenido con la paciente, ésta se comprometió a utilizar dispositivos preventivos de embarazo.

Se instauró tratamiento con *Anti Tumour Necrosis Factor α* (anti TNF-α), en este caso etanercept en monoterapia⁽⁵⁾ a dosis de 50 mg/semana, y se complementó con prednisona 7,5 mg/día.

A los 6 meses, la paciente mantenía actividad de su enfermedad con un DAS 28: 5,98 (NAD: 12; NAT: 9; PCR: 32 mg/L; SG: 70); HAQ: 2.

A pesar de no haber obtenido la respuesta adecuada al utilizar el primer anti TNF-α, decidimos realizar *switch* a adalimumab 40 mg/cada 14 días⁽⁶⁾, puesto que hay trabajos que documentan su eficacia en monoterapia⁽⁷⁾.

Tras iniciar el tratamiento la paciente refirió mejoría progresiva, a los 2 meses se retiró la prednisona, y a los 4 meses alcanzó la remisión clínica, que se mantuvo en el último control con un DAS 28: 1,89 (NAD: 0; NAT: 0; PCR: 5 mg/L; SG: 20), HAQ: 0,75.

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 de 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. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(6):964-75.
3. Singh JA, Furst DE, Bharat A, Curtis J, Kavanaugh AF, Kremer JM, et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology Recommendations for the Use of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Biologic Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(5):625-639.

4. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(9):1580-8.
5. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).
6. Ficha técnica de Humira®; adalimumab (AbbVie Ltd.).
7. van de Putte LB, Atkins C, Malaise M, Sany J, Russell AS, van Riel PL, et al. Efficacy and safety of adalimumab as monotherapy in patients with rheumatoid arthritis for whom previous disease modifying antirheumatic drug treatment has failed. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(5):508-16.

Bibliografía recomendada

- Genovese MC, Bathon JM, Fleischmann RM, Moreland LW, Martin RW, Whitmore JB, et al. Longterm safety, efficacy, and radiographic outcome with etanercept treatment in patients with early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32(7):1232-42.
- Van der Heijde D, Landewé R, Klareskog L, Rodríguez-Valverde V, Settas L, Pedersen R, et al. Presentation and analysis of data on radiographic outcome in clinical trials: experience from the TEMPO study. *Arthritis Rheum*. 2005;52(1):49-60.
- Papagoras C, Voulgari PV, Drosos AA. Strategies after the failure of the first anti-tumor necrosis factor alpha agent in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. 2010;9(8):574-82.
- Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF, Cohen SB, Pavelka K, van Vollenhoven R, et al. The PREMIER study: A multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. *Arthritis Rheum*. 2006;54(1):26-37.

Galería fotográfica



Imagen 1. Sinovitis de carpos y MCF con atrofia de interóseos.

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**