

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

Poliartritis en paciente con pluripatología.

JULIA FERNÁNDEZ

HOSPITAL SON ESPASES. PALMA DE MALLORCA

Introducción

En ocasiones, la artritis reumatoide (AR) se presenta en pacientes de edad avanzada, con múltiples patologías acompañantes que dificultan el manejo de la enfermedad con los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) habituales.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 70 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II, insuficiencia renal crónica (IRC) estadio IV y múltiples infecciones urinarias de repetición (ITU). Intervenida de colecistectomía por colelitiasis.

Acudió a la consulta por dolor e inflamación en manos, de 6 meses de evolución, acompañado de rigidez matutina de 1 hora. Había recibido tratamiento con prednisona 10 mg/día, con mejoría inicial, reapareciendo la artritis al disminuir la dosis del corticoide.

En la exploración física, se observó dolor a la palpación e inflamación en carpos y en metacarpofalángicas (MCF) de 2º y 3º dedo de mano derecha y 3º y 4º dedo mano izquierda.

En las exploraciones complementarias, destacó en la analítica una creatinina de 2,2 mg/dL, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 44 mm/h, proteína C reactiva (PCR) de 3,5 mg/L (N < 0,5), y aclaramiento renal de 28 mL/min. En el estudio inmunológico se solicitó factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC) y anticuerpos antinucleares (ANA) con resultado negativo. En las radiografías de manos, pies y tórax no se observaron alteraciones significativas.

Diagnóstico

Paciente con poliartritis simétrica en manos de 6 meses de evolución, que cumplía con los criterios de clasificación de la *American College of Rheumatology* (ACR) de 1987 y se pudo diagnosticar de AR⁽¹⁾.

Tratamiento y evolución clínica

La presencia de IRC estadio IV supone una contraindicación absoluta para el inicio de leflunomida y relativa para el uso de metotrexato (MTX), por lo que se decidió evitar dichos tratamientos⁽²⁾. En consecuencia se comenzó tratamiento con adalimumab s.c., en pauta habitual⁽³⁾ observándose mejoría inmediata. A los 8 meses, aumentó el dolor e inflamación en manos, con incremento de los reactantes de fase aguda. Ante la presencia de actividad clínica, se solicitó serología para anticuerpos anti-adalimumab, cuya presencia, como ya ha quedado demostrado desde hace algunos años, comporta la aparición de fallo secundario al tratamiento biológico⁽⁴⁾. En el caso de nuestra paciente, el resultado fue positivo, por lo que se realizó cambio de tratamiento a etanercept⁽⁵⁾ sin conseguir la remisión clínica. Pese a que las indicaciones aprobadas para el tratamiento de la AR con adalimumab y etanercept contemplan su administración en combinación con MTX, está igualmente indicado su uso en monoterapia cuando existe intolerancia o contraindicación a éste (3,5), situación que se presenta en este caso clínico. Dada las circunstancias, y tras valorar con la paciente las diferentes opciones, se decidió cambio de diana terapéutica a abatacept 500 mg a las semanas 0, 2 y luego cada 4 semanas⁽⁶⁾, teniendo en cuenta el antecedente de ITU de repetición en esta paciente y el buen perfil de seguridad mostrado por abatacept en pacientes refractarios a MTX⁽⁷⁾. Tras 4 meses de tratamiento, la paciente alcanzó la respuesta EULAR de remisión.

Bibliografía

1. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31(3):315-24.
2. 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: Mayo 2014.
3. Ficha técnica de Humira®; adalimumab (AbbVie Ltd.).
4. Radstake TR, Svenson M, Eijsbouts AM, van den Hoogen FH, Enevold C, van Riel PL, et al. Formation of antibodies against infliximab and adalimumab strongly correlates with functional drug levels and clinical responses in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(11):1739-45.
5. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).
6. Ficha técnica de Orencia®, abatacept (Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG).
7. Schiff M, Keiserman M, Coddling C, Songcharoen S, Berman A, Nayiager S, et al. Efficacy and safety of abatacept or infliximab vs placebo in ATTEST: a phase III, multi-centre, randomised, double-blind, placebo-controlled study in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(8):1096-103.

Galería fotográfica



Imagen 1. Rx anteroposterior de manos y carpos. Se observan signos degenerativos, principalmente en articulación trapecio metacarpiana de mano derecha. No hay erosiones.



Imagen 2. Rx dorsoplantar de pies. Hallux valgus. No se observa la presencia de erosiones.

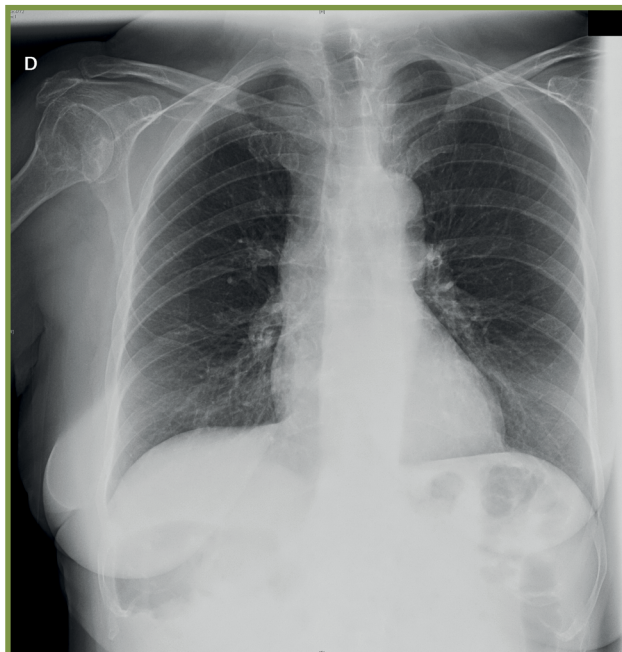


Imagen 3. Rx de torax frontal. Sin hallazgos significativos.



Imagen 4. Rx de torax lateral. Sin hallazgos significativos.

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**