

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 PRECOZ

Paciente mujer, con artritis reumatoide de reciente inicio sin factores de riesgo y respuesta a la terapia combinada.

RAFAEL CÁLIZ CÁLIZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

Introducción

Existe un nuevo escenario en el diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Los criterios de la *American College of Rheumatology* (ACR) de 1987⁽¹⁾ que tradicionalmente se han usado para guiar el diagnóstico de la AR, no son útiles para el diagnóstico precoz de la artritis reumatoide. Sin embargo, los nuevos criterios de clasificación ACR/*European League Against Rheumatism* (EULAR) del 2010^(2,3) favorecen un diagnóstico temprano de la enfermedad y por consiguiente la introducción precoz de tratamientos eficaces. Un diagnóstico temprano y el inicio precoz de un tratamiento con fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), puede asociarse con una mayor probabilidad de respuesta favorable^(4,5).

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 22 años sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Refería clínica de 4-5 meses de evolución consistente en dolor a nivel de carpos, metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP), rodillas, codos, hombros y columna cervical, con rigidez matutina de 1 hora de duración. No manifestaba fiebre ni lesiones cutáneas.

No destacaban otros síntomas por órganos ni aparatos.

Exploración física

Mostró una paciente afebril, con buen estado general, con palidez cutánea, eupneica.

Cuello: no se palpaba bocio ni adenopatías. *Albumin/Creatinine Ratio* (ACR) normal. Abdomen normal. En exploración de aparato locomotor se registró dolor a la palpación y movilidad de columna cervical, tumefacción y dolor a nivel de codos, 2ª y 3ª MCF de ambas manos, IFP de ambas manos y rodilla derecha. Sin lesiones cutáneas.

Analítica

- Hemoglobina (Hb): 10,4 g/dL; aspartato aminotransferasa (GOT): 53 UI/L; proteína C reactiva (PCR): 4,9 g/dL; velocidad de sedimentación globular (VSG) 35 mm/h; factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): negativos; anticuerpos antinucleares (ANA): negativos.
- *Disease Activity Score 28* (DAS 28) VSG: 5,75.
- En la radiografía ósea solo se apreciaba un aumento de partes blandas y sin erosiones.

Diagnóstico

La paciente cumplía los criterios diagnósticos de la *American College of Rheumatology* (ACR)/*European League Against Rheumatism* (EULAR) para AR precoz ⁽³⁾.

Tratamiento y evolución clínica

Se inició tratamiento en escalada rápida con metotrexato (MTX) hasta 20 mg semanales, y se hizo una evaluación a los 3 meses, donde se apreciaba una disminución de articulaciones dolorosas e inflamadas. En la analítica realizada destacaba: Hb: 11,9 g/dL; VSG: 25 mm/h. En vista de que la paciente mantenía una actividad moderada, con DAS 28 VSG de 4,46, siguiendo las recomendaciones EULAR 2013 ⁽⁵⁾, se decidió añadir un segundo FAME, en este caso, 10 mg de leflunomida (LFN) y volver a evaluar clínicamente a la paciente. En segunda revisión pudo apreciarse disminución del número de articulaciones dolorosas e inflamadas, registrando un DAS 28 de 2,49 (en remisión). El tratamiento se ha mantenido hasta la actualidad.

Este caso describe una paciente con AR de inicio y respuesta insuficiente al tratamiento con MTX, pero que consiguió remisión con la combinación de dos FAME. La paciente no presentaba factores de mal pronóstico como el FR y los anti-PCC, ausencia de erosiones, reactantes de fase aguda moderados y un número menor de 20 articulaciones inflamadas.

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. 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.
3. 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. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569-81.
4. 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.
5. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(3):492-509.

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-1113699-0001**

Creado: **Junio 2014**