

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

Control estricto de la enfermedad en artritis reumatoide de inicio

ROSA GARCÍA PORTALES

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

Introducción

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) sufren daño permanente en las articulaciones desde el comienzo de la enfermedad, y esto ocurre de forma más rápida en los 2 primeros años. Por tanto, es primordial iniciar el tratamiento tan pronto se establezca el diagnóstico de la AR, de forma que se evite el daño articular y se logre controlar el proceso inflamatorio⁽¹⁾. Dado que numerosos estudios científicos indican que con un tratamiento precoz se aumenta la probabilidad de remisión, el seguimiento de cada paciente conllevará un control muy estricto desde el principio de la enfermedad y a lo largo de su evolución⁽¹⁾.

Los pacientes con enfermedad de reciente comienzo, brotes frecuentes o actividad persistente deben ser vistos, en general, cada uno o tres meses (coincidiendo con los controles analíticos), en función del tratamiento empleado y la actividad de la enfermedad, hasta conseguir la remisión o alcanzar la mínima actividad inflamatoria posible durante un periodo mantenido⁽¹⁾. La frecuencia de las visitas se modificará ante la presencia de complicaciones, efectos secundarios, o comorbilidades, según lo requiera la situación⁽¹⁾.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 31 años sin alergias conocidas a medicamentos ni hábitos tóxicos. Una gestación con 1 hijo nacido vivo. Fue vista en consulta de Reumatología en marzo de 2012 por un cuadro de dolor, sensación de tumefacción y rigidez matutina de 2 h de duración en manos 5 semanas antes. En el momento de la exploración presentaba dolor y tumefacción en todas las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) bilateralmente y dolor en interfalángicas proximales (IFP) del 2º, 3º y 4º dedos de ambas manos, además de deformidad en cuello de cisne en el 4º y 5º dedos de la mano izquierda (Imagen 1). El resto a la exploración general y articular fue normal en aspecto y movilidad conservadas.

Analítica

Hemoglobina (Hb): 11,6 g/dL; velocidad sedimentación globular (VSG): 40 mm/h, proteína C reactiva (PCR): 52 mg/L; factor reumatoide (FR): 423 UI/mL; anticuerpos antiproteínas citrulinadas (ACPA): 340 UI/mL, anticuerpos antinucleares (ANA): negativos, proteinograma con fracción y del 24,6%, sistemático de orina y sedimentos normales. *Disease Activity Score 28* (DAS 28): 6,64, valoración general del paciente (VGP): 60 mm, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ): 1, serología para virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) negativas, *Mantoux* negativo

Pruebas complementarias

Radiografías (Rx) anteroposterior de manos y pies: aumento de partes blandas periarticular en IFP de manos, osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento de MCF de ambas manos (Imagen 2). Aumento de partes blandas en metatarsofalángicas (MTF) de ambos pies (Imagen 3). Rx de tórax posteroanterior y lateral: normales. Ecografía (ECG): sin trastornos de repolarización a 77 lpm.

Diagnóstico

AR de inicio según criterios de clasificación de la *American College of Rheumatology* (ACR) y la *European League Against Rheumatism* (EULAR) 2010⁽²⁾ con actividad alta.

Tratamiento y evolución clínica

La paciente inició tratamiento con prednisona 7,5 mg/día, metotrexato (MTX) s.c. 15 mg/semana y naproxeno 500 mg/12 h a demanda en caso de dolor. A pesar de esta pauta, y tras 4 semanas de tratamiento con buena tolerancia, persistía actividad alta, número de articulaciones tumefactas (NAT): 11; número de articulaciones dolorosas (NAD): 10; VGP: 45 mm, VSG: 34 mm/h, DAS 28: 5,82). Por este motivo, se decidió escalada rápida de MTX s.c. llegando a 22,5 mg/semana con estrecha monitorización de la actividad y seguimiento de analítica. A las 5 semanas, la paciente acudió a consulta con más dolor en las manos y rigidez matutina de 90 min, tumefacción en carpos y tobillo derecho. Presentaba DAS 28: 6,1 e hipertransaminasemia (aspartato aminotransferasa (AST): 183 UI/L; alanina aminotransferasa (ALT): 148 UI/L; gamma glutamil transferasa (GGT): 80 UI/L). Se interpretó el cuadro como posible toxicidad farmacológica por MTX con suspensión del mismo durante 4 semanas y normalización de transaminasas en el control analítico a las 3 semanas. Una vez superada la hipertransaminasemia, se inició nuevamente inducción con MTX s.c. a 15 mg/semana. Además se le planteó a la paciente la necesidad de iniciar terapia biológica, que aceptó tras información recibida de riesgo/beneficio del nuevo tratamiento. Por preferencia de la paciente, se decidió combinar el tratamiento de MTX s.c. con golimumab s.c. 50 mg/mes⁽³⁾ y se evaluó la respuesta clínica a las 12 semanas. En la siguiente revisión (septiembre de 2012), la paciente notaba una franca mejoría de su sintomatología, ausencia de articulaciones dolorosas, 4 persistían tumefactas, VGP: 15 mm, VSG: 12 mm/h, PCR: 3 mg/L, DAS 28: 2,7; hemograma y bioquímica: normales.

En el momento actual, la paciente permanece con una actividad muy baja de la enfermedad, rozando la remisión (DAS 28: 2,8 en septiembre de 2013) y respuesta adecuada al anti TNF tras fallo inicial por toxicidad e ineficacia a MTX.

La paciente descrita es un caso de nuestra práctica clínica habitual y es una mujer de 31 años diagnosticada de AR de inicio con criterios clínicos y serología de actividad. Presentó toxicidad hepática a MTX en dosis altas y falta de respuesta clínica en las primeras semanas de tratamiento. Por estos motivos, y siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología (SER) 2010⁽⁴⁾ y las guías ACR/EULAR 2013⁽⁵⁾, se añadió al tratamiento terapia biológica por vía s.c., con especial preferencia de la paciente por esta vía de administración. Tras 12 meses de tratamiento, con seguimiento estricto y estrategias terapéuticas para control de actividad inflamatoria efectiva desde fases iniciales de la AR, se consiguieron objetivos que mejoraron el pronóstico de la enfermedad. En conclusión, la intervención eficaz y precoz es importante para ayudar a inducir la remisión o, en su defecto, una actividad baja de la enfermedad y, por tanto, mantener la función y evitar la incapacidad.

Bibliografía

1. 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.
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. *Arthritis Rheum*. 2010;62(9):2569-81.
3. Ficha técnica de Simponi®.
4. 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.
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.

Bibliografía recomendada

- Grigor C, Capell H, Stirling A, McMahon AD, Lock P, Vallance R, et al. Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;364(9430):263-9.
- Lard LR, Visser H, Speyer I, vander Horst-Bruinsman IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med*. 2001;111(6):446-51.
- Quinn MA, Conaghan PG, Emery P. The therapeutic approach of early intervention for rheumatoid arthritis: what is the evidence? *Rheumatology*. 2001;40(11):1211-20.
- Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin*. 2011;7(5):284-98.

Galería fotográfica

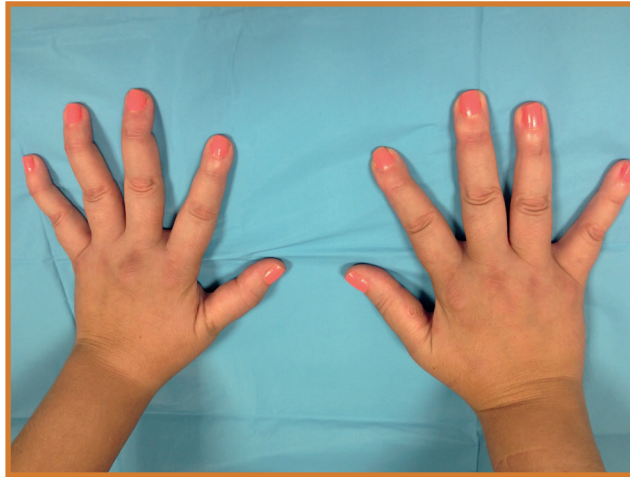


Imagen 1. Deformidades en AR de inicio.



Imagen 2. Rx anteroposterior de manos. Osteoporosis yuxtaarticular en carpos, MCF e IFP.



Imagen 3. Rx dorsoplantar de pies. Osteoporosis yuxtaarticular en MTF, aumento de partes blandas periarticular MTF 5º dedo bilateral.

MSD no recomienda el uso de ningún producto de manera diferente a la descrita en su Ficha Técnica.
Antes de prescribir Simponi® por favor consulte su Ficha Técnica:
http://profesionales.msd.es/static/medicos/images/ft_Consolidada_Simponi_PFP_50-100_tcm2308-416728.pdf



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**