

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

Artritis reumatoide con reacción cutánea con un anti TNF ¿Es seguro el switching?

MIGUEL A. FERRER

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

Introducción

El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha experimentado un gran cambio en la última década con la llegada de los tratamientos biológicos, fármacos que ayudan al control clínico y estructural de la AR, en general con buenos perfiles de seguridad, pero no exentos de efectos adversos⁽¹⁾. En particular, el uso de agentes *anti Tumour Necrosis Factor* (anti TNF) se ha relacionado con complicaciones dermatológicas derivadas de dichos tratamientos⁽²⁾. Por otra parte, la experiencia nos ha enseñado que la aparición de dichas reacciones cutáneas a un anti TNF, no implica que se presente con otros, por lo que podría no definirse estrictamente como un efecto de clase^(1,3), aunque es actualmente un tema controvertido⁽⁴⁾.

Se expone el caso de una paciente con AR que presenta un buen control de la enfermedad con un anti TNF, etanercept, pero que, a continuación, refiere reacción cutánea, por lo que se instaura tratamiento con otro anti TNF (golimumab), resultando este último igualmente eficaz, sin aparición de efectos adversos.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 52 años de edad que desde hace 3 años refiere artralgiás de carácter mecánico generalizadas, sin episodios inflamatorios articulares, con buena respuesta a analgésicos. Desde hace 6 meses, presenta dolor en articulaciones de hombros, rodillas y tobillos, que le dificultan el sueño nocturno, así como en manos y carpos con episodios inflamatorios en carpos y articulaciones proximales de manos y sensación de rigidez matutina durante los episodios inflamatorios de más de 30 minutos de duración. Refiere sequedad de mucosa oral con aftas ocasionales. No refiere sequedad ocular. No refiere fiebre ni otras manifestaciones sistémicas.

Antecedentes familiares: cardiopatía isquémica (padre).

Antecedentes personales: neumonía en la infancia. Colelitiasis. Hipertrofia de cornetes intervenida.

Exploración general y sistémica

- Exploración general: normal con presencia de obesidad.
- Exploración sistémica: normal. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado. Tonos cardíacos rítmicos y puros. Sin soplos.
- Nódulos de Heberden en manos. Hallux valgus y dedos de pies en martillo. Quiste poplíteo derecho. Dolor a nivel de carpos, metacarpofalángicas (MCF) de 2º y 3º dedo de mano derecha y 2ª MCF de mano izquierda, con signos de sinovitis en carpo derecho.
- Número de articulaciones dolorosas (NAD): 5. Número de articulaciones tumefactadas (NAT): 1. Escala visual analógica por el paciente (EVAP): 10 mm. Escala visual analógica por el médico (EVAM): 30 mm. *Clinical Disease Activity Index* (CDAI): 10. *Disease Activity Score 28* (DAS 28): 2,93.

Pruebas complementarias

- Hemograma: normal. Colesterol total: 202 mg/dL.
- Velocidad sedimentación globular (VSG): 6 mm/h; proteína C reactiva (PCR): 1,3 mg/dL; factor reumatoide (FR): 100 UI/mL; anticuerpos antinucleares (ANA): negativos; anticuerpos anti-peptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 23 UI/mL (normal <10 U/mL).
- Radiografía (Rx) de manos y pies anteroposterior: signos degenerativos junto con osteopenia y erosiones en carpos.
- Rx posteroanterior de tórax y lateral: normal.

Diagnóstico

Artritis reumatoide FR (+), anti-PCC (+) y artrosis nodular.

Tratamiento y evolución clínica

La paciente se diagnosticó de AR seropositiva y artrosis nodular, por lo que se instauró tratamiento con prednisona a dosis bajas (5 mg/día), celecoxib 200 mg/día seguido de metotrexato (MTX) 10 mg/semana junto con suplementos de ácido fólico. Fue revisada al mes de iniciar el tratamiento, y ante la no consecución del objetivo de remisión clínica, se aumentó la dosis de MTX a 15 mg semanales administrados por vía s.c. A los dos meses de la escalada de dosis se alcanzó remisión clínica, sin requerir tratamiento con celecoxib. Se mantuvo la dosis de MTX y se disminuyó la dosis de prednisona a 2,5 mg al día.

La paciente presentó buen control de su enfermedad en los 6 meses siguientes, a partir de los cuales reaparecieron nuevos episodios inflamatorios articulares con afectación de manos y carpos, así como dolor nocturno en hombros y rodillas, que requirieron aumento de dosis de prednisona para su control. Se decidió también aumentar la dosis de MTX a 20 mg a la semana en administración s.c. y, al no conseguir la remisión clínica tras 2 meses de tratamiento, se inició terapia anti TNF con etanercept 50 mg semanales⁽⁵⁾ en combinación con MTX.

A los tres meses de iniciar el tratamiento, la paciente se encontraba prácticamente asintomática y en remisión según criterios EULAR (DAS 28: 2,5)⁽⁶⁾.

Se mantuvo tratamiento con etanercept y MTX en las mismas dosis durante 9 meses. Transcurrido este tiempo, la paciente acudió a la consulta presentando una erupción pruriginosa descamativa en la región anterior de cuello y extremidades. Fue valorada por el servicio de Dermatología, siendo diagnosticada de toxicodermia, por lo que se suspendió el tratamiento con etanercept y se aumentó la dosis de prednisona con resolución del cuadro cutáneo.

Tras un período de 4 meses sin tratamiento con anti TNF, la paciente presentó empeoramiento de sus artralgiyas y artritis en carpos, por lo que se decidió iniciar tratamiento con golimumab s.c. 50 mg mensuales ⁽⁷⁾ junto con MTX y prednisona, objetivándose buena respuesta inicial y alcanzando nuevamente la remisión clínica en tres meses sin aparición de efectos adversos.

Bibliografía

1. Woodrick RS, Ruderman EM. Safety of biologic therapy in rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol. 2011;7(11):639-52.
2. Kerbleski JF, Gottlieb AB. Dermatological complications and safety of anti-TNF treatments. Gut. 2009;58(8):1033-9.
3. Virkki LM, Valleala H, Takakubo Y, Vuotila J, Relas H, Komulainen R, et al. Outcomes of switching anti-TNF drugs in rheumatoid arthritis--a study based on observational data from the Finnish Register of Biological Treatment (ROB-FIN). Clin Rheumatol. 2011;30(11):1447-54.
4. Ko JM, Gottlieb AB, Kerbleski JF. Induction and exacerbation of psoriasis with TNF-blockade therapy: a review and analysis of 127 cases. J Dermatolog Treat. 2009;20(2):100-8.
5. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).
6. 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.
7. Ficha técnica de Simponi®.

Bibliografía recomendada

- Lethaby A, Lopez-Olivo MA, Maxwell L, Burls A, Tugwell P, Wells GA. Etanercept for the treatment of rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5:CD004525.
- Machado MA, Maciel AA, de Lemos LL, Costa JO, Kakehasi AM, Andrade EI, et al. Adalimumab in rheumatoid arthritis treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Rev Bras Reumatol. 2013;53(5):419-430.
- Schmidt E, Wetter DA, Ferguson SB, Pittelkow MR. Psoriasis and palmoplantar pustulosis associated with tumor necrosis factor- α inhibitors: the Mayo Clinic experience, 1998 to 2010. J Am Acad Dermatol. 2012;67(5):e179-85.

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.
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**