

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

Mujer joven con artritis de inicio reciente

MIGUEL A. FERRER

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

Introducción

En los últimos tiempos se han incrementado las consultas de artritis de inicio reciente en los servicios de Reumatología con el fin de favorecer el acceso de estos pacientes a un diagnóstico y tratamiento temprano, ya que está demostrado que la instauración de un tratamiento precozmente previene el deterioro articular ^(1,2).

Se presenta un caso de una paciente joven con manifestaciones articulares de menos de 6 semanas de evolución, que se diagnosticó de artritis reumatoide (AR) y en la que se instauró tratamiento precozmente con buena evolución clínica.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 24 años de edad, que presentaba cuadro de dolor de carácter inflamatorio en articulaciones de manos y carpos, que comenzó en carpo y articulaciones metacarpo-falángicas (MCF) del 2º y 3º dedos de mano derecha y posteriormente presentó dolor e inflamación a nivel de ambos carpos, MCF e interfalángicas proximales (IFP) del 2º dedo de ambas manos, con sensación de rigidez matutina de más de una hora de duración. Así mismo, refería dolor en hombros y rodillas sin inflamación de las mismas, sobre todo nocturnas. No refería manifestaciones sistémicas.

Antecedentes familiares de lupus eritematoso sistémico (hermana) y AR (madre).

Antecedentes personales de hipotiroidismo.

Exploración física

- Dolor a la movilización de carpos, articulaciones MCF de 2º, 3º y 4º dedos de mano derecha e IFP de 2º dedo de mano izquierda, con signos de sinovitis en carpos. Número de articulaciones dolorosas (NAD): 7. Número de articulaciones tumefactadas (NAT): 2. Escala visual analógica (EVA) paciente: 30. EVA médico: 40. *Disease Activity Score 28* (DAS 28): 4,93.
- *Clinical Disease Activity Index* (CDAI): 16.
- Exploración general normal.

Pruebas complementarias

- Analítica: anemia normocítica (hemoglobina: 10,8 g/dL; volumen corpuscular medio (VCM): 88,9 fL. Trombocitosis (plaquetas: 480.000/mm³).
- Velocidad sedimentación globular (VSG): 43 mm/h; proteína C reactiva (PCR): 1,8 mg/dL; factor reumatoide (FR): 58 UI/mL; anticuerpos antinucleares (ANA): positivos (1/40); anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 190 UI/mL. Serología vírica (hepatitis B y C, parvovirus B19, citomegalovirus, Epstein Barr): negativa.
- El estudio radiológico óseo de manos y pies únicamente apreció aumento de partes blandas.
- Radiografía (Rx) simple de tórax normal.

Diagnóstico

AR seropositiva: FR (+) y anti-PCC (+).

Tratamiento y evolución clínica

Se inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), prednisona y metotrexato (MTX), comenzando con 10 mg semanales y realizando escalada rápida hasta una dosis de 20 mg a la semana en tres meses. La paciente presentó una mejoría, pero mantuvo signos inflamatorios en carpos, así como en MCF del 2º dedo de mano izquierda con un índice DAS 28 de 3,4. Al no alcanzar el objetivo de remisión clínica, ser una paciente joven y con factores de mal pronóstico, se decidió intensificar el tratamiento. Para ello, y a la luz de dos estudios publicados recientemente en los que se muestra la equivalencia que en cuanto a repuesta clínica puede conseguirse con la triple combinación^(3,4), se asoció al tratamiento hidroxiclороquina (300 mg/día) y salazopirina (2 g/día). Se evaluó a la paciente a los tres meses, encontrándose mucho mejor y presentando remisión clínica según índice DAS 28: 2,56; por lo que se mantuvo el tratamiento con MTX, salazopirina e hidroxiclороquina, reduciendo la dosis de prednisona hasta 2,5 mg al día.

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. Nell VP, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:906-14.
3. Moreland LW, O'Dell JR, Paulus HE, Curtis JR, Bathon JM, St Clair EW, et al. A randomized comparative effectiveness study of oral triple therapy versus etanercept plus methotrexate in early aggressive rheumatoid arthritis: the treatment of Early Aggressive Rheumatoid Arthritis Trial. *Arthritis Rheum*. 2012;64(9):2824-35.
4. O'Dell JR, Mikuls TR, Taylor TH, Ahluwalia V, Brophy M, Warren SR, et al. Therapies for active rheumatoid arthritis after methotrexate failure. *N Engl J Med*. 2013;369(4):307-18.

Bibliografía recomendada

- Lard LR, Visser H, Speyer I, Van der Horst-Bruinsma 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;111:446-51.
- 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;364:263-9.

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**

