

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 de reciente inicio con factores de mal pronóstico y respuesta inadecuada a FAME**

**RICARDO SÁNCHEZ PARERA**

HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO DE GRANADA

## **Historia, exploración y pruebas complementarias**

Mujer de 53 años que es enviada a consulta de Reumatología desde Atención Primaria en octubre de 2011 por artritis de metacarpofalángicas (MCF) de mano derecha. Refiere que 8 semanas antes comenzó con dolor e inflamación en MCF de mano derecha, a lo que se añadió inflamación de articulaciones MCF de mano izquierda, muñecas y rodillas. No había sufrido infección respiratoria, gastrointestinal, ni genitourinaria en el mes previo al inicio de los síntomas. No presentaba síntomas de colagenosis: sin úlceras mucocutáneas, ni fotosensibilidad, ni serositis, ni alteraciones hematológicas, renales o del sistema nervioso. Sin xerostomía, ni xeroftalmía. Sin Raynaud. Sin trombosis. Sin abortos. Sin antecedentes personales, ni familiares de psoriasis, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal.

### **Antecedentes personales**

- Exfumadora desde 1996. Bebedora de 4 unidades de alcohol a la semana. Sin hipertensión arterial (HTA), ni otros factores de riesgo cardiovascular.
- Menopausia a los 45 años sin tratamiento hormonal sustitutivo. Sin fracturas por fragilidad, ni antecedentes de fractura de cadera paternos.
- Sin alergias conocidas a fármacos.

### **Exploración general**

La paciente presentaba buen estado general. No se observaron lesiones cutáneas, ni ungueales. No existían adenopatías laterocervicales. La exploración abdominal fue normal. En aparato locomotor encontramos artritis de 1ª y 2ª MCF derechas y 2ª y 3ª MCF izquierdas, de ambas muñecas y rodillas. Número de articulaciones tumefactadas (NAT): 8; número de articulaciones dolorosas (NAD): 8; escala visual analógica por el paciente (EVAP): 6/10; escala visual analógica por el médico (EVAM): 6/10; *Simple Disease Activity Index* (SDAI): 30; *Disease Activity Score* 28 (DAS 28): 6,11.

## Pruebas complementarias

- Analítica: hemograma con leve anemia normocítica y hemoglobina de 11,7 g/dL. Bioquímica normal. Velocidad de sedimentación globular (VSG): 62 mm/h.; proteína C reactiva (PCR): 2,13 mg/L; factor reumatoide (FR): 120 UI/mL; anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 82 UI/mL. Anticuerpos antinucleares (ANA): negativos. Proteinograma normal. Serologías para virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC): negativas. Serologías IgM parvovirus, Epstein Barr virus (EBV) y citomegalovirus (CMV): negativas.
- Radiografía (Rx) de tórax normal.
- Rx de manos y pies: osteopenia yuxtaarticular en carpos; pequeñas erosiones en estiloides cubital bilateral y 5ª interfalángica proximal (IFP) derecha y 4ª IFP izquierda.
- *Dual-energy X-ray absorptiometry* (DXA): t-lumbar -1,8; t- cuello femoral y cadera total normal.

## Diagnóstico

Artritis reumatoide (AR) FR (+), anti-PCC (+), erosiva y de reciente inicio.

Osteopenia.

## Tratamiento y evolución clínica

Se prescribió prednisona 15 mg en el desayuno con reducción progresiva de dosis hasta 5 mg en 2 meses (15 mg durante 15 días; 10 mg durante 15 días; 7,5 mg durante 1 mes y mantenimiento con 5 mg diarios en el desayuno). Se añadió suplemento de calcio con vitamina D y alendronato 70 mg semanal. Dado que la sospecha en la primera visita era de AR, se realizó analítica inmediata, y una vez comprobada la negatividad de la serología para VHB y VHC, se inició tratamiento con 10 mg/semana de metotrexato (MTX) y 5 mg/semana de ácido fólico a las 24 horas.

Transcurrido un mes desde el inicio del tratamiento, la paciente había mejorado, aunque persistía artritis en 3 articulaciones, por lo que se aumentó la dosis de MTX a 15 mg/semana. Al mes siguiente aún no se había conseguido el objetivo terapéutico, por lo que se incrementó MTX a 20 mg/semana s.c. Se solicitó *Mantoux* con *Booster* y se revisó pasados 2 meses. Para ese momento persistían NAT: 6; NAD: 8; SDAI: 25 y DAS 28: 5,47. Se añadió leflunomida (LFN) 10 mg diario y se revisó pasados 3 meses. Entonces aún mostraba SDAI: 19 y DAS 28: 4,83. Al no haber conseguido el objetivo terapéutico, y tras comprobar la ausencia de contraindicaciones para el tratamiento *anti Tumour Necrosis Factor* (anti TNF), se presentó el caso en sesión clínica y se propuso terapia anti TNF, que fue aprobada. Se suspendió la LFN y se realizó procedimiento de lavado con colestiramina durante 11 días. La paciente recibió vacunación de VHB (pauta rápida en 3 semanas) y antineumocócica. Inició tratamiento con etanercept 50 mg/semana s.c.<sup>(1)</sup>, manteniendo MTX 20 mg/semana. A las 12 semanas, la paciente refería gran mejoría, con NAT: 0; NAD: 0; EVAP: 15/100; EVAM: 0; SDAI: 1,5; DAS 28: 2,44.

## Bibliografía

1. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).

## Bibliografía recomendada

- Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo de la Fuente JL, González Álvaro I, et al. Actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. Reumatol Clin. 2010;6(1):23-36.
- Furst DE, Keystone EC, So AK, Braun J, Breedveld FC, Burmester G, et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2012. Ann Rheum Dis. 2013;72:ii2–ii34.
- 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.
- 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):284-298.

## Galería fotográfica



**Imagen 1.** Rx anteroposterior de manos: osteopenia yuxtaarticular en carpos; pequeñas erosiones en estiloides cubital bilateral y 5ª IFP derecha y 4ª IFP izquierda.

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](http://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**