

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

Respuesta completa y precoz a terapia anti TNF- α en artritis de reciente inicio

ALEJANDRO ESCUDERO CONTRERAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad destructiva y deformante que conduce a pérdida de función y el consecuente deterioro de la calidad de vida del paciente que no recibe tratamiento⁽¹⁾. La derivación precoz a Unidades de Reumatología y la instauración precoz del tratamiento, permite modificar el curso evolutivo de la enfermedad^(2,3). Sin embargo, en determinadas ocasiones la terapia tradicional con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) se vuelve insuficiente para controlarla, y se hace necesaria la introducción de fármacos biológicos como los agentes anti *Tumour Necrosis Factor α* (anti TNF- α), que han supuesto un cambio radical en el tratamiento de la AR, y han permitido en muchos casos alcanzar su remisión⁽³⁾. Se presenta un caso ilustrativo de una AR de inicio precoz, con elevada actividad de la enfermedad, donde los FAME no permiten el control de la misma y se demuestra la eficacia y rapidez de acción de los fármacos anti TNF- α .

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 54 años sin antecedentes de interés, remitida por cuadro de tres meses de poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones de manos (carpos, metacarpofalángicas [MCF] e interfalángicas proximales [IFP]) asociado a parestesias de predominio en territorio mediano bilateral y afectación inflamatoria en ambas rodillas. Síndrome seco ocular y bucal. Sin aftas orales ni genitales. Sin fotosensibilidad. Sin Raynaud, sin lesiones cutáneas de psoriasis, sin uveítis, sin alteraciones gastrointestinales ni genitourinarias. Se inició tratamiento por parte del médico de Atención Primaria con deflazacort 6 mg + aceclofenaco con mejoría. Fumadora de medio paquete/día. La valoración de la actividad de la enfermedad medida por escala visual analógica (EVA) era de 70 mm.

Exploración física

Destacaba limitación a la abducción de hombro derecho, codos libres, carpos con artritis. Artritis bilateral de 1ª y 2ª MCF y dolor en articulaciones IFP sin artritis. La exploración

de extremidades inferiores evidenció limitación a la flexoextensión de rodilla derecha y dolor sin artritis de metatarsofalángicas (MTF), siendo el resto normal. Test de Schimer: 0 mm bilateral.

Pruebas complementarias

En la analítica que aportaba la paciente destacaba una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 53 mm/h, una proteína C reactiva (PCR) de 19 mg/L ($n < 5$ mg/L) y un factor reumatoide (FR) de 92 UI/mL ($n < 29$ UI/mL). No aportaba radiografías (Rx).

Diagnóstico

Poliartritis simétrica FR (+), con datos de actividad (*Disease Activity Score* [DAS]-VSG: 5,7) y síndrome seco asociado.

Tratamiento y evolución clínica

Se inició tratamiento con metotrexato (MTX) 10 mg/semanales v.o., suplementos de ácido fólico, hidroxiclороquina 200 mg/12 h, aceclofenaco 100 mg/12 h, omeprazol 20 mg/24 h y deflazacort 12 mg/24 h en pauta descendente, y se citó al mes y medio. Tras la nueva revisión, persistían articulaciones dolorosas (AD) de ambos hombros e inflamadas (AI) de hombro y rodilla derecha, lo que condicionaba una rigidez matutina de >30 min y una EVA de la actividad similar (72 mm). La analítica presentaba VSG: 58 mm/h; anticuerpos antinucleares (ANA) negativos y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC): 45 UI/mL ($n < 5$ UI/mL). En las Rx de manos y pies no se evidenciaron erosiones ni pinzamientos, pero en la Rx de rodillas existía un pinzamiento simétrico en la rodilla derecha. Se realizó artrocentesis de rodilla derecha y se evacuaron 5 mL de líquido de naturaleza inflamatoria, por lo que se infiltró triancinolona. Dado que el DAS 28-VSG se mantenía en 5,18; y que el FR y anti-PCC eran positivos, se incrementó la dosis de MTX a 20 mg/semana v.o.

A las 6 semanas, persistía dolor en hombros y rodilla derecha, rigidez matutina y una EVA de 65 mm. En la analítica, se mantenía la elevación de reactantes de fase aguda (VSG: 65 mm/h y PCR: 44,3 mg/L), habiéndose incrementado el FR: 167 UI/mL y los anti-PCC: 96,7 UI/mL. El resto de parámetros de hemograma y bioquímica fueron normales. Todo esto da un valor de actividad de la enfermedad medida por DAS 28-VSG de 4,87 y una alteración de la capacidad funcional medida por *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) de 1,750. Ante la falta de respuesta clínica y la actividad mantenida, se propone terapia biológica, por lo que se solicitan serologías para virus de la hepatitis B (VHB), C (VHC), *Mantoux* con *Booster* y placa de tórax. Se suspendió la hidroxiclороquina, se incrementó la dosis de corticoides a 15 mg y se cambió MTX a la forma subcutánea. Se citó en un mes para valoración y/o inicio de terapia biológica. Tras un mes, se encontraba en similar situación clínica, y ante la normalidad de *Mantoux*, *Booster* y Rx de tórax, se añadió al tratamiento infliximab 3 mg/kg según protocolo de infusión de 0, 2, 6 semanas, y posteriormente cada 8 semanas⁽⁴⁾.

Desde la primera infusión, se observó mejoría progresiva, estando a las 6 semanas solo con dolor en hombro derecho, pero sin actividad inflamatoria. Sin dolor nocturno y con rigidez matutina inferior a 15 min. AD: hombros y rodillas, pero sin AI a ningún nivel. La

EVA fue de 20 mm. Descendieron los reactantes de fase aguda, VSG: 34 mm/h y PCR: 9,7 mg/L, lo que permitió calcular DAS 28-VSG: 3,72 y un HAQ: 0,875. Ocho semanas más tarde, el DAS 28-VSG alcanzó un valor de 2,24 en base a una EVA 10 mm, una VSG: 9 mm/h y una sola articulación dolorosa, el hombro derecho, sobre el que se realizó infiltración.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. Artritis reumatoide – WikiSER. Disponible en: http://www.ser.es/wiki/index.php/Artritis_reumatoide. Último acceso: Junio 2014.
2. 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: Junio 2014.
3. Villaverde V, Balsa A. ¿El control precoz de la artritis reumatoide augura un mejor pronóstico a largo plazo? Reumatol Clin. 2010;6(2):106-110.
4. Ficha técnica de Remicade®.

Bibliografía recomendada

- 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.

Antes de prescribir Remicade® por favor consulte su Ficha Técnica:

http://profesionales.msd.es/static/medicos/images/ft_remicade_100mg_tcm2308-290621.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**