

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 FR (+) y anti-PCC (+) de inicio reciente que responde a la terapia combinada de metotrexato + anti TNF.

FERMÍN MEDINA VARO

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

Introducción

El tratamiento precoz en la artritis reumatoide (AR) puede prevenir la destrucción articular y la discapacidad funcional^(1,2). Por lo tanto, la posibilidad de diagnosticar la AR precozmente o determinar la agresividad, son herramientas importantes para el manejo correcto de esta entidad^(1,3). Se han identificado factores predictores para el desarrollo de AR, que incluyen la edad, sexo, localización de síntomas articulares, duración de la rigidez matinal, número de articulaciones dolorosas y tumefactas, niveles de proteína C reactiva (PCR) y la presencia de factor reumatoide (FR) o anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC)⁽¹⁾. Así mismo, diversos estudios han determinado algunos marcadores asociados con la severidad de la AR, incluyendo positividad de anti-PCC o FR, erosiones radiológicas, puntuación en *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) y velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada⁽⁴⁾.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Mujer de 47 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que refirió desde hacía 4 meses de forma progresiva e insidiosa tumefacción y dolor en las pequeñas articulaciones de manos, rodilla, hombros y carpos, con malestar general, rigidez matutina de aproximadamente dos horas, y fácil fatigabilidad y cansancio. Interrogada, no señaló síntomas asociados. En la exploración destacaron artritis de carpos, rodilla derecha, metacarpofalángicas (MCF) 1ª, 2ª y 4ª derechas, MCF 1ª y 3ª izquierdas, interfalángicas proximales (IFP) 2ª, 3ª y 4ª bilateral. Analítica con VSG: 86 mm/h, hemoglobina (Hb): 9,94 g/dL, leucocitos: 8.930/mm³, plaquetas: 507.000/mm³, fibrinógeno: 529 mg/dL, PCR: 96 mg/L, FR-IgM: 261 UI/mL; anti-PCC positivo alto: 429 UI/mL. Radiología de manos y pies sin erosiones o disminución de los espacios articulares. *Disease Activity Score 28* (DAS 28): 6,94.

Diagnóstico

AR precoz FR-IgM (+) y anti-PCC (+).

Tratamiento y evolución clínica

Inicialmente, se prescribieron antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y prednisona 15 mg junto con metotrexato (MTX) 10 mg s.c. semanalmente con suplementos de ácido fólico e infiltración con corticoides en rodilla derecha. En revisiones posteriores, se incrementó la dosis de MTX hasta 20 mg semanales, sin conseguir a los 6 meses la remisión en base a criterios ACR/EULAR 2011⁽⁵⁾ y los publicados por la Sociedad Española de Reumatología (SER) 2010⁽³⁾, por lo que, desde hace 8 meses, se añadió tratamiento biológico con etanercept s.c 50 mg/semana⁽⁶⁾, alcanzándose tras 2 meses un DAS 28 de 2,45, retirándose el tratamiento esteroideo, antiinflamatorio y ajustándose la dosis de MTX a 7,5 mg semanales. Hasta la fecha, la paciente mantiene baja actividad de la enfermedad, con ausencia de rigidez matutina y función completa para sus actividades de vida diaria, y sin comprobarse daño estructural radiológico.

Como han demostrado recientemente O'Dell JR y col., la triple terapia sulfasalazina (SSZ) + hidroxicloriquina (HCQ) + MTX tiene beneficios comparables al combo MTX + anti TNF en pacientes AR y fallo a MTX en monoterapia, tanto en indicadores clínicos como el DAS28, en mediciones de calidad de vida (función y dolor), como en progresión radiológica⁽⁷⁾. Sin embargo, el tratamiento con fármacos anti TNF, consiguió una disminución importante de la actividad y/o remisión de la enfermedad en tiempos más cortos⁽⁷⁾. De hecho, en general, después de tres meses ya puede objetivarse beneficio clínico y por tanto debe evaluarse la respuesta al tratamiento⁽³⁾. Por otro lado, como también se observó en el estudio de O'Dell JR y col., tras un año de tratamiento, los resultados de la triple terapia pueden igualarse a los de la combinación MTX + anti TNF⁽⁷⁾.

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: Junio 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. 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.
4. Markatseli TE, Papagoras C, Drosos AA. Prognostic factors for erosive rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2010;28(1):114-23.
5. Felson DT, Smolen JS, Wells G, Zhang B, van Tuyl LH, Funovits J, et al. American College of Rheumatology/European League against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(3):404-13.
6. Ficha técnica de Enbrel®; etanercept (Pfizer Ltd.).
7. 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

- Raza K, Filer A. Predicting the development of RA in patients with early undifferentiated arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2009;23(1):25-36.
- 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.
- 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.



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**