

# ABORDAJE TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO DE LARGA EVOLUCIÓN

Ignacio Javier Tamboleo Sánchez  
R3 Hospital General Universitario Santa Lucía



# ÍNDICE

01.

PACIENTE

02.

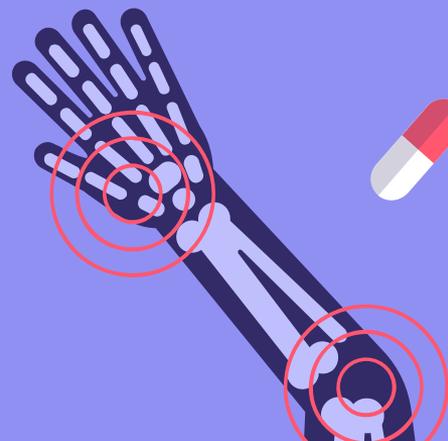
EVOLUCIÓN CLÍNICA,  
HISTORIA  
FARMACOTERAPÉUTICA  
Y MEDIDAS NO  
FARMACOLÓGICAS

03.

PRUEBAS DE  
VALORACIÓN  
OBJETIVAS Y  
SUBJETIVAS

04.

CONTRIBUCIÓN DEL  
FARMACÉUTICO AL  
CASO



# 01. PACIENTE



Varón de 54 años sin alergias medicamentosas conocidas



Diagnosticado de enfermedad de Still del adulto (ESA) de muy larga evolución, en seguimiento por reumatología



- Hipertensión
- Cirugía de recambio de prótesis de cadera (RPC) que se realizó en 2013
- Valorado por Cardiología en 2020 por dilatación de raíz aortica, no precisando seguimiento por su parte



## 02. EVOLUCIÓN CLÍNICA, HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El primero fue **infliximab**, con el que presentó una buena respuesta articular, pero desarrolló fallo secundario al cabo de unos años

**ABRIL  
2013**

Suspende adalimumab para someterse a una cirugía de RPC. Tras RFA dentro de rango después de la cirugía, se decide **no reiniciar adalimumab** y **mantener dosis bajas de metilprednisolona** (4mg/día)

**OCTUBRE  
2018**

Se realiza RMN de hombros observándose cambios degenerativos importantes y edema óseo, reiniciando **metotrexato subcutáneo** 10 mg semanal. Ante falta de respuesta, se aumenta metotrexato a 15 mg apareciendo **úlceras y sangrado nasal**

Inicio de **adalimumab** con el que se mantuvo estable durante 6 años, presentando ocasionalmente actividad inflamatoria en carpos, obteniendo una respuesta parcial

**FEBRERO  
2007**

**MARZO  
2017**

El paciente se mantiene clínica y analíticamente estable hasta que tras mal control del dolor y limitación funcional en mano derecha se decide realizar en marzo de 2017 una infiltración ecoguiada, sin mejoría relevante

## 02. EVOLUCIÓN CLÍNICA, HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

JULIO  
2018

Se solicita tocilizumab como uso fuera de ficha técnica (FFT), desarrollando un empeoramiento paradójico articular

Tras 9 meses con golimumab, sin presentar una mejoría relevante se solicita tofacitinib como uso FFT, denegándose dicha solicitud por parte de la CRFT, dado que existían alternativas terapéuticas con uso aprobado en ESA: anakinra y canakinumab

ENERO  
2023

El paciente se mantiene clínicamente estable hasta que desarrolla un severo brote inflamatorio requiriendo ingreso hospitalario.

DICIEMBRE  
2019

Dada la experiencia adecuada hace años con terapia anti-TNF se inicia golimumab

FEBRERO  
2021

Dado que el uso de canakinumab en ESA es una indicación no financiada por la AEMPS, se inició anakinra en febrero de 2021, que hubo que suspender por reacciones cutáneas eritematosas relevantes en los lugares de inyección.

MARZO  
2023

En los estudios realizados se descarta causa infecciosa, siendo el cuadro compatible con un brote de su enfermedad de base, solicitándose baricitinib como uso FFT, y se inicia junto con MTX en marzo de 2023, con buena tolerancia y mejoría clínica y analítica.

# 03. PRUEBAS DE VALORACIÓN OBJETIVAS Y SUBJETIVAS

**Pruebas subjetivas:** Consciente y orientado, abdomen blando y depresible, dolor centrotorácico sin irradiación ni cortejo vegetativo asociado y odinofagia.

**Pruebas objetivas:** Analíticas completas con reactantes de fase aguda (RFA), fiebre en picos, PCR virus respiratorios negativa, hemocultivos y urocultivos negativos, serologías IgG positiva a citomegalovirus, parvovirus y Epstein-Barr, con IgM negativas, ecografía abdominal que muestra hepatomegalia homogénea y una FEVI preservada en el ecocardio.

RFA	Ingreso	+2	+5	+8	+9	+12 (Alta)	+7 (Tras alta)
PCR (0-0,5 mg/dl)	28,26	20,89	17,62	15,13	10,36	7,20	5,86
VSG (0-20 mm/h)		65	62		82	53	18
Ferritina (30-400ng/mL)		6509	7772		4900	2202	
Fibrinógeno derivado (200-450 mg/dl)	1191		977	974	883	736	

# 03. PRUEBAS DE VALORACIÓN OBJETIVAS Y SUBJETIVAS

**Pruebas subjetivas:** Consciente y orientado, abdomen blando y depresible, dolor centrotorácico sin irradiación ni cortejo vegetativo asociado y odinofagia.

**Pruebas objetivas:** Analíticas completas con reactantes de fase aguda (RFA), fiebre en picos, PCR virus respiratorios negativa, hemocultivos y urocultivos negativos, serologías IgG positiva a citomegalovirus, parvovirus y Epstein-Barr, con IgM negativas, ecografía abdominal que muestra hepatomegalia homogénea y una FEVI preservada en el ecocardio.

Serie blanca	Ingreso	+2	+5	+8	+9	+12	+7 (Tras alta)
Leucocitos (4,5-11 $\times 10^3/uL$ )	33,87	32,97	23,48	23,35	25,84	25,42	21,63
Neutrófilos (1,8-7,7 $\times 10^3/uL$ )	32,23	30,22	19,96	20,36	20,79	21,20	18,34

## 04. CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO AL CASO

- ✓ **Elaboración de los informes** para la autorización de tocilizumab, tofacitinib y baricitinib como un uso FFT por parte de la CRFT.
- ✓ **Atención farmacéutica** en la **consulta de dispensación a pacientes externos**. Explicación al paciente sobre la conservación, administración y posibles reacciones adversas de los medicamentos, así como la comprobación de las posibles interacciones de los tratamientos con su medicación habitual y supervisión del perfil de posibles reacciones adversas mediante la entrevista clínica al paciente.
- ✓ **Notificación de las reacciones adversas** al centro de farmacovigilancia. Por ejemplo, la desarrollada tras la administración de anakinra.
- ✓ **Validación farmacoterapéutica** del tratamiento prescrito por el médico durante los ingresos.