



Alcántara Álvarez I, Grau García E, Vicens Bernabéu E, Riesco Bárcena C, Oller Rodríguez J, Ivorra Cortés J, Muñoz Martínez P, Leal Rodríguez S, González Puig L, Huaylla Quispe AV, Torrat Noves AM, Ramos Castro D, Mas Sánchez L, Cánovas Olmos I, Charia H, Martínez I, Nájera Herranz C, Negueroles Albuixech R, De La Rubia Navarro M, Tovar Sugrañes, Villanueva Mañes B, Román Ivorra JA.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La espondiloartritis axial (EspA) es una enfermedad autoinflamatoria en la que los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos o sintéticos contra diana son ampliamente usados, con diferentes dianas entre las que elegir. Sin embargo, algunas pacientes siguen siendo refractarias a los tratamientos que se les introducen.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y terapéuticas en pacientes con espondiloartritis axial (EA) a las que se les han administrado al menos tres líneas distintas de terapias dirigidas (TD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos las diferentes líneas terapéuticas administradas, su duración y los motivos de retirada de tratamiento en pacientes con EspA y por lo menos una TD. Se clasificarán en EspA no refractaria a tratamiento –hasta 2 líneas diferentes de TD– y EspA refractaria a tratamiento –al menos 3 líneas distintas–.

CONCLUSIONES

RESULTADOS

Se incluyen 162 pacientes con EspA (62,4% hombres) que han recibido tratamiento con TD, con una edad al diagnóstico de 41 (13) años y un tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de la primera TD de 20 (30) meses. El 59,1% presentaba positividad para el HLA-B27, el 20,5% presentaba manifestaciones extraarticulares (uveítis y/o EII) y el 38,3% presentaban carga periférica de la enfermedad. Del total de pacientes, 10 han requerido al menos 3 familias terapéuticas diferentes. Se observa una supervivencia terapéutica menor en este grupo (P<0,001).

La opción mayoritaria de tratamiento en primera línea es un anti-TNF, sin embargo, es menos habitual en aquellos casos con 3 o más familias terapéuticas respecto a las pacientes con 1 o 2 familias empleadas. El cambio de tratamiento en 2ª línea es principalmente a través del *switching*, empleándose el *cycling* ya en 3ª línea de tratamiento. Se observa además una tendencia a la utilización del FAME concomitante conforme se avanza en las líneas terapéuticas (P=0,06).

No se observa una asociación estadísticamente significativa entre los motivos de retirada del tratamiento y la utilización de 3 o más familias terapéuticas. Tampoco se observa asociación con la edad o el sexo de las pacientes. Sí se observa una asociación entre la utilización de al menos 3 familias terapéuticas diferentes y la ausencia de manifestaciones extraarticulares (P=0,01), la presencia de psoriasis (P=0,022) y la presencia de síndrome ansioso depresivo (P=0,001).

	EspA NO REFRACTARIA - PACIENTES CON 1 O 2 FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS				EspA REFRACTARIA - PACIENTES CON 3 O MÁS FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS							
Variable	1ª LÍNEA DE TTO N=152	2ª LINEA DE TTO N=28	3ª LINEA DE TTO N=5	4ª LINEA DE TTO N=1	1ª LINEA DE TTO N=10	2ª LINEA DE TTO N=10	3ª LINEA DE TTO N=10	4ª LINEA DE TTO N=6	5ª LINEA DE TTO N=3	6ª LINEA DE TTO N=2	7ª LINEA DE TTO N=1	8ª LINEA DE TTO N=1
Cambio de tratamiento												
Switching	0 (0%)	24 (85,7%)	3 (60%)	1 (100%)	0 (0%)	9 (90%)	9 (90%)	4 (66,7%)	2 (66,7%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Cycling	0 (0%)	4 (14,3%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (10%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
FAME concomitante	36 (24,16%)	8 (28,57%)	3 (60%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (16,67%)	1 (33,33%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)
Motivo de suspensión												
Ineficacia	5 (12,2%)	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	4 (40%)	3 (42,96%)	2 (66,67%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Pérdida de eficacia	13 (31,7%)	4 (40%)	2 (100%)	0 (0%)	5 (50%)	4 (40%)	1 (14,3%)	1 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Reacción adversa	14 (34,2%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	2 (20%)	3 (42%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Otros motivos	9 (21,9%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

	EspA NO REFRACTARIA - PACIENTES CON 1 O 2 FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS				EspA REFRACTARIA - PACIENTES CON 3 O MÁS FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS							
Variable	1ª LÍNEA DE TTO N=152	2ª LINEA DE TTO N=28	3ª LINEA DE TTO N=5	4ª LINEA DE TTO N=1	1ª LINEA DE TTO N=10	2ª LINEA DE TTO N=10	3ª LINEA DE TTO N=10	4ª LINEA DE TTO N=6	5ª LINEA DE TTO N=3	6ª LINEA DE TTO N=2	7ª LINEA DE TTO N=1	8ª LINEA DE TTO N=1
Familias terapéuticas												
Anti-TNF	102 (67,1%)	17 (60,7%)	2 (40%)	0 (0%)	4 (40%)	4 (40%)	6 (60%)	3 (50%)	1 (33,3%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (100%)
Anti-IL17	44 (28,9%)	8 (28,6%)	1 (20%)	1 (100%)	4 (40%)	6 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
JAK inh	2 (1,3%)	3 (10,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	3 (50%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Otras	4 (2,7%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

La proporción de pacientes con EspA que requieren de la utilización de al menos 3 familias terapéuticas diferentes es del 6%, con una media de 4 líneas de TD. El tratamiento con anti-TNF es menos utilizado en la primera y segunda línea en los casos que requieren de al menos 3 familias terapéuticas, y los tratamientos se modifican principalmente a través del *switching*. La presencia de otros factores como la presencia de psoriasis o el síndrome ansioso depresivo parece estar asociado con el uso de tres o más familias terapéuticas diferentes.

