

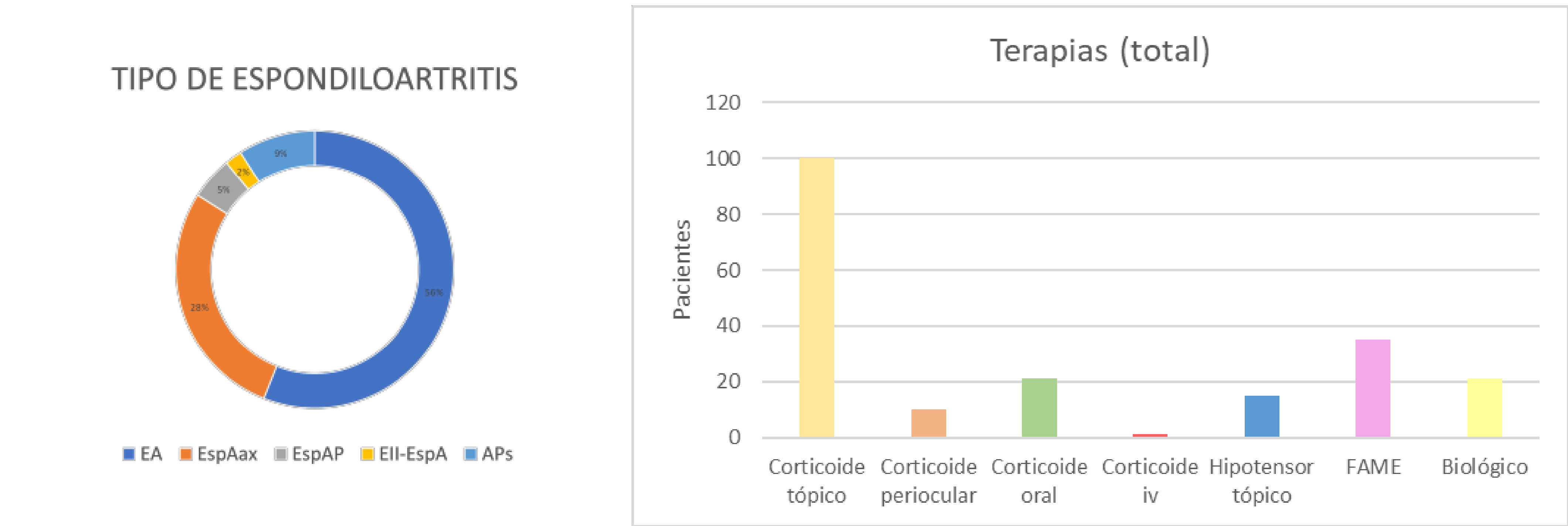
Elena Miguélez¹, Marina Molinari², Carolina Tornero², Armelle Schlinker³, Ventura Hidalgo³, Alejandro Balsa², Diana Peiteado² ¹Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España; ²Hospital Universitario La Paz, Reumatología, Madrid, España; ³Hospital Universitario La Paz, Oftalmología, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La afectación inflamatoria ocular es una de las manifestaciones extra-articulares más frecuentes de las espondiloartritis (EspA). La terapia habitualmente empleada es el corticoide tópico, si bien puede ser necesario el uso de corticoides sistémicos, fármacos inmuno-moduladores (FAME) o terapias biológicas. El objetivo de este trabajo es analizar y comparar el uso de distintas terapias para la patología inflamatoria ocular asociada a los diferentes subgrupos de EspA.

RESULTADOS

- De 564 pacientes registrados, recopilamos datos de 147 pacientes con EspA (26%). Para el control de su enfermedad de base se estaban usando FAMEs o biológico en 88 pacientes (60%) y 63 (56%), respectivamente.
- En el gráfico se muestran los tratamientos indicados para el control del proceso ocular. En todos se inició con corticoides tópicos, un 35 % precisaron añadir FAME clásico y un 21% biológico.



En la tabla 1 se muestran de forma comparativa las terapias iniciadas para el control del proceso ocular (o cambios en la terapia previa) en los distintos subgrupos de EspA. Las proporciones de pacientes que usaron corticoide sistémico, FAME o biológico variaron de forma significativa según el tipo de EspA; siendo más frecuentes en la APs y EspAp.

El FAME más empleado fue el metotrexato (MTX). El biológico más usado fue el adalimumab (ADA). Un 10% y 11% de pacientes precisaron un 2º, 3º o 4º FAME o biológico respectivamente.

CONCLUSIONES

El uso de FAME o biológico para el control de la patología inflamatoria ocular es frecuente, siendo los más usados el metotrexato y la salazoprina, y el adalimumab. Aproximadamente en el 10% de los pacientes es necesario probar distintas líneas de tratamiento. En el análisis comparativo el tipo de EspA, algunas características clínicas o del proceso ocular determinan una mayor necesidad de tratamiento sistémico.

Tratamiento patología inflamatoria ocular n (%)	TOTAL 147(100%)	EA 83 (56%)	EspAax 41 (28%)	EspAp 7 (5%)	EII-EspA 3 (2%)	APs 13 (9%)
Corticoide tópico	132 (100%)	76 (100%)	35 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	13 (100%)
Corticoide periocular/intraocular	13 (10%)	8 (11%)	1 (3%)	1(14%)	-	3 (23%)
Corticoide sistémico (**) Dosis mg Media(±DS)	28 (21%) 28 (±21)	11 (15%) 30(±24)	6 (17%) 32(±18)	4(57%) 32(±38)	-	7 (54%) 15(±13)
Corticoide iv	1 (1%)	1 (1%)	-	-	-	-
Hipotensor tópico	22 (15%)	12 (14%)	6 (15%)	-	1 (33%)	3 (23%)
FAME (*) Mediana (RIC)	52 (35%) 1 (0,1)	25(30%) 0 (0,1)	15 (34%) 0 (0,1)	4 (71%) 1 (0,3)	1 (33%) 0 (0,0)	7 (54%) 1 (0,2)
1ª línea (52)	MTX 27 SZP 22 AZA 2 CICLO 2	MTX 14 SZP 10 AZA 1	MTX 7 SZP 7 AZA 1	SZP 2 CICLO1 MTX 1	MTX 1	MTX 4 SZP 2 CICLO 1
2ª línea (18)	SZP 11 MTX 4 CICLO 2	SZP 5 MTX 1 CICLO 2 AZA 1	SZP 2 MTX 1	MTX 1 CICLO 1	SZP 1	SZP 3 MTX 1
3ª/4ª línea (7)	AZA 2 SZP 1 MTX 1 MYC 1	MTX 1 MYC 1 CICLO 1	SZP 1	AZA 1 MYC 1	-	-
Biológico (*) Mediana (IQR)	30 (21%) 0 (0,0)	12 (15%) 0 (0,0)	12 (29%) 0 (0,1)	3(43%) 0 (0,2)	-	3 (23%) 0 (0,0)
1ª Línea (29)	ADA 26 IFX 2 GOLI 1 CERTO 1	ADA 10 GOLI 1	ADA 11 CERTO 1	ADA 2 IFX 2	-	ADA 3
2ª línea (9)	ADA 5 GOLI 2 IFX 2	ADA 3 IFX 1 GOLI 1	IFX 2	ADA 2	-	IFX 1 GOLI 1
3ª /4ª línea (1)	GOLI 1 CERTO 1	-	-	-	-	GOLI 1 CERTO 1

Tabla 1. Espondilitis anquilosante (EA), Espondiloartritis axial no radiográfica (EspAax), Espondiloartritis periférica (EspAp), Espondiloartritis asociada a EII (EII-EspA), Artritis psoriásica (APs), Salazopirina (SZP), Azatioprina (AZA), Ciclosporina (CICLO), Infliximab (IFX), Golimumab (GOLI), Certolizumab (CERTO). *P<0,05; **P<0,01.

	Uso FAME/Biológico	No uso FAME/Biológico	p
Edad de inicio	36 ± 11.1	42.7 ± 16.1	0.037
Patrón	UAANR 12.5% UAAR 39% UAB 50% UAC 87.5% UI 100% UP 100% Escleritis 50% Epiescleritis 0%	UAANR 87.5% UAAR 61% UAB 50% UAC 12.5% UI 0% UP 0% Escleritis 50% Epiescleritis 100%	<0.01
Curso	Agudo no recidivante 0 % Agudo recidivante 41% Crónico 83.33%	Agudo no recidivante 100% Agudo recidivante 59% Crónico 16.66%	<0.01
Bilateralidad	66.6%	33.3%	0.032
Nº máx de brotes	2.7 ± 1.3	1.7 ± 0.9	<0.01
Total de brotes	8.8 ± 5.2	5.25 ± 4.3	0.035
Afectación periférica	40.6 %	59.4 %	<0.01
Precipitados queráticos	41 %	59 %	0.013
Vitritis	70 %	30 %	0.012

Tabla 2. Uveítis anterior aguda no recidivante (UAANR), Uveítis anterior aguda recidivante (UAAR), Uveítis anterior bilateral (UAB), Uveítis anterior crónica (UAC), Uveítis intermedia (UI), Uveítis posterior (UP).

En la tabla 2 se muestran características clínicas que determinaron la necesidad de FAME o biológico. Se observa que fue más necesaria en los cursos crónicos, uveítis intermedias, bilaterales, escleritis, en los pacientes con mayor número de brotes anuales, edad de inicio menor y con afectación periférica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para otras variables como sexo, HLA-B27 y psoriasis o EII.