

# ¿ES EL FALLO PRIMARIO A UN ANTI-TNF PREDICTOR DE UN NUEVO FALLO A UN SEGUNDO ANTI-TNF EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPONDILOARTRITIS?

Esther Monleón Acosta, Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, José Andrés Rodríguez Fernández, María del Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayar, Carlos Fernández-Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca, Vicente Cogolludo Campillo.

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

## INTRODUCCIÓN

Los inhibidores del TNFalfa (anti-TNF $\alpha$ ) han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de pacientes con espondiloartritis (Spa) con altas tasas de respuesta y supervivencia en primera línea de tratamiento. Actualmente las nuevas recomendaciones acerca del tratamiento de las SpA indican que ante la ineficacia de un anti-TNF $\alpha$  en primera línea se puede cambiar a un anti-IL17 o bien a otra molécula anti-TNF $\alpha$ . Parece ser que este cambio a un segundo anti-TNF $\alpha$  no disminuye la eficacia de dicho tratamiento

## OBJETIVOS

Analizar si presentar un fallo primario a un primer anti-TNF  $\alpha$  se asocia a un nuevo fallo al iniciar una segunda molécula anti-TNF  $\alpha$ . En segundo lugar, comparar el porcentaje de fallo primario a un anti-TNF  $\alpha$  vs anti-IL17.

## METODOS

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluye pacientes diagnosticados espondiloartritis en tratamiento con fármacos biológicos en el Hospital General Universitario Santa Lucía. Se recogieron datos sobre las distintas líneas de tratamiento y el motivo de suspensión, calificando al fallo primario como aquel que se producía en los tres primeros meses tras iniciar el fármaco biológico. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y estadístico utilizando el programa SPSSv23

## RESULTADOS

Se obtuvieron 289 pacientes diagnosticados de espondiloartritis en tratamiento con fármacos biológicos. En primera línea de tratamiento, el 85% se encontraban con una molécula anti-TNF  $\alpha$ , un 10% con un anti- IL17, un 4,8% con un anti IL12/23 y un 0,2% con inhibidor de las JAK. El 27% de los pacientes en tratamiento con un anti-TNF  $\alpha$  sufrieron un fallo primario, siendo necesario iniciar una segunda línea de tratamiento, mientras que este hecho solamente ocurrió en el 15,4% de los individuos en tratamiento con un anti-IL17, sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ( $p=0,227$ ).

De los individuos que habían fallado a un anti-TNF $\alpha$ , el 91% cambió a un segundo anti-TNF, de los cuales el 42% volvió a sufrir un nuevo fallo primario. De esta forma, mientras que con el primer anti-TNF $\alpha$  solamente el 27% sufrieron un fallo primario, este porcentaje asciende al 42% en los individuos que iniciaron un segundo anti-TNF. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas, no existiendo una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,789$ ) entre sufrir un fallo primario a un anti-TNF $\alpha$  y presentarlo de nuevo al iniciar una segunda molécula anti-TNF $\alpha$ .

## CONCLUSIONES

Presentar un fallo primario a una molécula anti-TNF $\alpha$  no parece predecir un nuevo fallo al iniciar un segundo anti-TNF $\alpha$ , siendo el porcentaje de ineficacia similar tanto para la primera como para la segunda molécula anti-TNF $\alpha$ . En segundo lugar, no hemos encontrado diferencias significativas en el porcentaje de fallo primario que se produce entre los individuos con anti-IL17 y los que se encuentran con un inhibidor del TNF $\alpha$ .

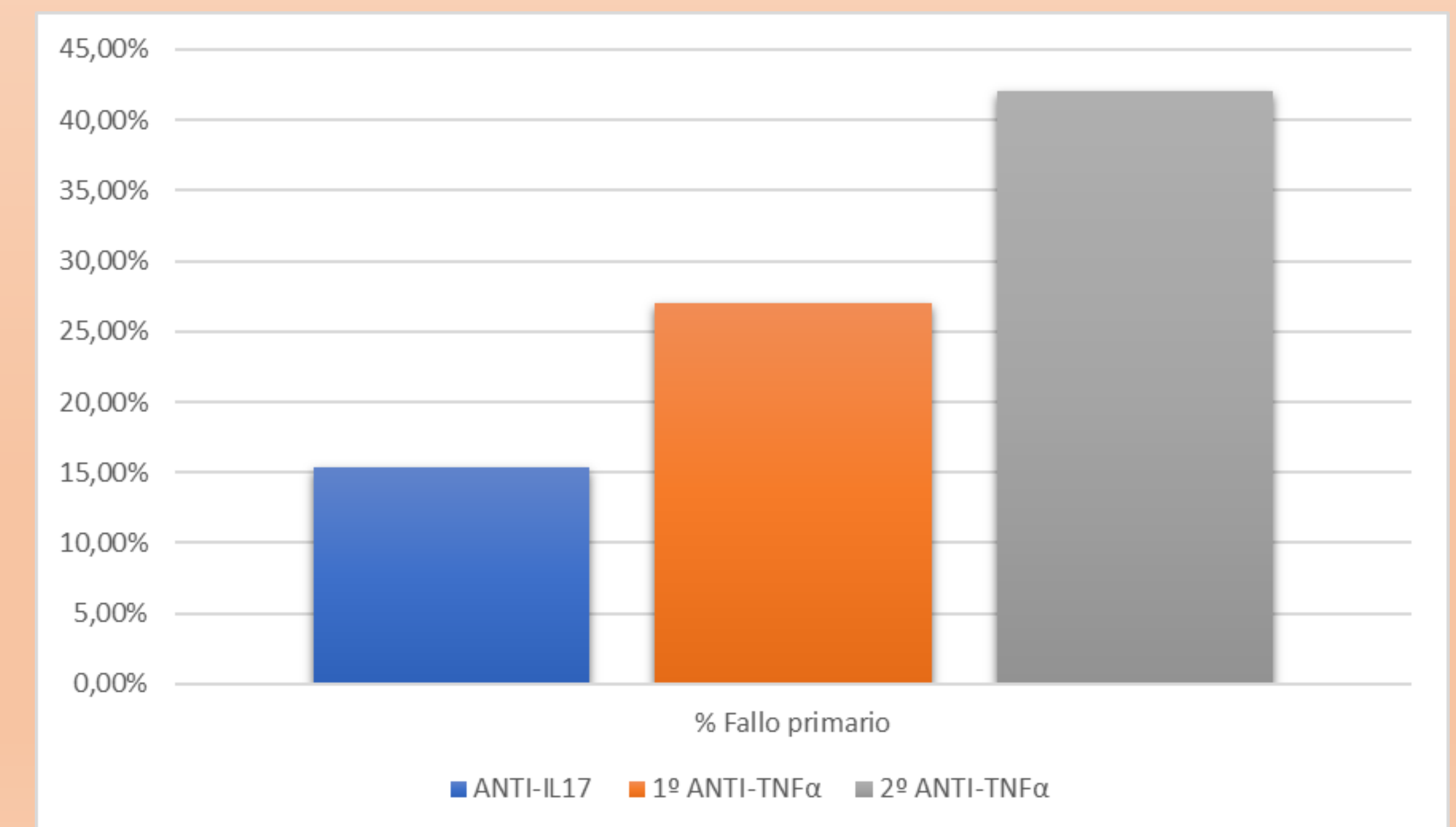


Figura 1. Porcentaje de fallo primario en pacientes en tratamiento con anti-IL17, un primer anti-TNF y una segunda molécula de anti-TNF.