

“Switching” versus “cycling” en espondiloartritis axial: ¿qué estrategia seguir?

P368



Manuel Juárez García¹, Claudia Campos-Fabre¹, Victoria Navarro Compán¹, Diego Benavent², Marta Novella-Navarro¹, Diana Peiteado¹, Alejandro Villalba¹, Irene Monjo¹, Laura Nuño¹, María Sanz¹, Alejandro Balsa¹ y Chamaida Plasencia Rodríguez¹

1. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid; 2. Servicio de Reumatología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

@manueljuarezga

Introducción

- A pesar del arsenal terapéutico en la EspAax (iTNF, iIL-17, iJAK), el **porcentaje de respuesta a un 2º FAMEb/sd oscila entre un 25-49%**.
- Definir cuál es la mejor estrategia tras fallo a un 1º FAMEb es una de las necesidades no cubiertas en EspAax.
- Los motivos del fallo están por discernir, desconociendo si realmente hay actividad inflamatoria u otros motivos, como comorbilidades asociadas.

Objetivos

- Describir el perfil de los pacientes con EspAax con fallo a un 1º iTNF que cambian a un 2º iTNF (**grupo iTNF**) o a **otra diana terapéutica**, iIL-17 o iJAK (grupo "otro mecanismo de acción" u **OMA**).
- Comparar la **respuesta clínica y supervivencia** del 2º fármaco entre ambos grupos.

Materiales y métodos

- Cohorte prospectiva de pacientes con EspAax, que iniciaron un 2º FAMEb/sd entre 2017 y 2023, tras fallo a un 1º iTNF.
- Recogida de datos clínicos y medidas de actividad en el momento del cambio al 2º FAMEb/sd y medidas de actividad a los 6 meses tras el mismo.
- Análisis comparativo: tests de χ^2 o de Fisher (variables cualitativas) y t de Student o U de Mann-Whitney (variables cuantitativas).
- Análisis de supervivencia: tests de Kaplan Meier y log-rank (para crear y comparar gráficas de supervivencia del 2º FAMEb/sd) y de regresión de Cox (para estimar el HR de suspensión).

Resultados

- Se incluyeron 61 pacientes (tabla 1), de los cuales 35 cambiaron a un 2º iTNF y 27 a OMA (26 a iIL-17 y 1 a iJAK).
- La causa más frecuente de **cambio** fue la **ineficacia secundaria** en ambos grupos, aunque fue más común en el grupo iTNF (67.6% vs 40.7%), tendiendo la ineficacia primaria a ser más frecuente en el grupo OMA (25.9% vs 8.8%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.
- La proporción de pacientes con **fibromialgia** fue mayor en el grupo **OMA**.

- No se encontraron diferencias en los índices de actividad en el momento del cambio. Los pacientes OMA puntuaron más alto en ASDAS, BASDAI, EVA de dolor y VGM a los 6 meses del cambio, aunque solo hubo diferencias significativas para VGM (tabla 2).

Tabla 2. Medidas de actividad a los 6 meses del 2º FAMEb/sd.

	iTNF (n=34)	OMA (n=27)	Valor p
ASDAS	2,7±1	3,2±0,9	0,09
ΔASDAS	0,4 (0,1-1,4)	0,3 (-0,2-0,6)	0,2
BASDAI	4,7±2,4	5,8±2,2	0,08
VGP	60 (27,5-80)	67,5 (45-82,5)	0,3
VGM	20 (10-47,5)	40 (25-60)	*0,04
EVA dolor	50 (20-70)	70 (50-80)	0,2
NAD	0 (0-3)	0 (0-5)	0,6
NAT	0 (0-1)	0 (0-3)	0,3
PCR (mg/L)	5 (1,4-11,2)	7,7 (1,6-16,1)	0,6
VSG (mmh)	7 (4-11)	8 (5-21)	0,2

Tabla 1. Descripción estratificada de ambos grupos.

	iTNF (n=34)	OMA (n=27)	Valor p
Edad al inicio del 2º FAMEb/sd (años)	49,2±14	52,6±14,1	0,4
Duración de la enfermedad hasta el 1º FAMEb/sd (años)	3,5 (1,6-19,5)	2,4 (0,8-12,6)	0,5
Supervivencia del 1º FAMEb (años)	2,9 (0,5-7,7)	1,7 (1,2-4,3)	0,6
Motivos de suspensión del 1º FAMEb/sd:			
- Ineficacia primaria	3 (8,8%)	7 (25,9%)	0,07
- Ineficacia secundaria	23 (67,6%)	11 (40,7%)	*0,04
- Otros motivos	8 (23,5%)	9 (33%)	0,4
Sexo, varón	18 (52,9%)	13 (48,1%)	0,7
Hábito tabáquico activo	12 (35,3%)	5 (18,5%)	0,1
HLA-B27 positivo	26 (76,5%)	15 (57,7%)	0,1
Subtipo de EspAax, radiográfica	13 (38,2%)	12 (44,4%)	0,6
Afectación periférica	27 (79,4%)	26 (96,3%)	0,07
- Entesitis	24 (70,6%)	21 (77,8%)	0,5
- Artritis periférica	20 (58,8%)	16 (59,3%)	1
- Dactilitis	2 (5,9%)	0 (0%)	0,5
Uveítis anterior	11 (32,4%)	5 (18,5%)	0,2
Psoriasis	5 (14,7%)	1 (3,7%)	0,2
EII	4 (11,8%)	1 (3,7%)	0,4
Fibromialgia	0 (0%)	4 (15,4%)	*0,03

- El porcentaje de pacientes que **abandonaron el 2º FAMEb/sd fue menor en el grupo iTNF** (6, 12, 18 y 24 meses: 11,8%, 30,3%, 44,8% y 46,4% vs. 29,6%, 38,5%, 48% y 59,1%).
- En el análisis de supervivencia, aunque el grupo **OMA** parecía mostrar una **menor supervivencia** del 2º FAMEb/sd, no se encontraron diferencias significativas (HR 1,4, IC 95% 0,7-2,8, p 0.4).
- Los motivos más frecuentes de **suspensión del 2º FAMEb/sd** fueron **ineficacia primaria** (48,4%, 56,3% en grupo iTNF y 40% en grupo OMA) y secundaria (22,6%, 25% en grupo iTNF y 20% en grupo OMA), sin diferencias entre grupos.

Conclusiones

- Aproximadamente, la mitad de los pacientes que abandonan el 2º FAMEb/sd lo hacen por ineficacia primaria.
- La respuesta clínica inicial a un 2º FAMEb/sd parece menor en el grupo OMA, donde hay mayor proporción de FM asociada.
- Importancia de considerar el impacto de las comorbilidades en la actividad de la enfermedad antes de cambiar de tratamiento.

