

Factores asociados de respuesta a inhibidores IL23 en Artritis Psoriásica Axial y/o Mixta: Estudio Observacional Multicéntrico (APxis-IL23)

P027

Almodovar R.*1, Ramón Mazzucchelli1, ElisaTrujillo2, Pablo Navarro3, Jesús Sanz3, Beatriz Joven4, Cristina Valero5, Rosario García-Vicuña 5, Rubén Queiro6, Marta Loredó6, Paula Alvarez6, Lourdes Martín de la Sierra López7, David Castro Corredor7, Marcos Paulino Huertas 7, Eva Galíndez - Agirregoikoa 8, M Luz García Vivar 8, Cristina Vergara9, Andreína Terán9, Laura Trives9, Santiago Muñoz- Fernández9, María Llop10, Mireia Moreno10,Jordi Gratacós10, María Aparicio11, Lourdes Mateo11, Laura González12, José Antonio Pinto Tasende13, Cristina Fernández-Carballido14, Virginia Villaverde15, Carolina Marín16, Claudia Gómez16,Teresa Navío16, Francisco García Llorente17, Manuel Moreno18, Luis Linares18, Mª José Moreno19, Carolina Alvarez20, Ismael González20, Ana Urruticoechea-Arana21, Julio Ramírez22, Leticia del Olmo23, Pedro Zarco1, Emma Beltrán24.

1Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain. 2 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Spain.3 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, Spain. 4 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain. 5 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain 6 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Spain.7 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario General de Ciudad Real, Spain.8 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Spain.9 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía,, Universidad Europea, Madrid, Spain.10 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Parc Taulí, Barcelona, Spain.11 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain.12 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario del Tajo, Madrid, Spain.13 Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Spain14 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Spain. 15 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, Spain. 16 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Spain.17 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo Ospitalea, Vizcaya, Spain. 18 Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain. 19 Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, Murcia, Spain 20 Servicio de Reumatología, Complejo Asistencial Universitario de León, Spain 21 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca, Spain. 22 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Clínic de Barcelona, Spain 23 Servicio de Reumatología, Hospital General Nuniversitario Toledo, Spain. 24 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, Spain.

Introducción:

Existen pocos estudios que evalúen las terapias biológicas en artritis psoriásica (APs) axial, y la mayoría de las guías de tratamiento se basan en evidencia en espondiloartritis axial, con la controversia añadida sobre la eficacia de los inhibidores IL23 en este dominio y sin factores predictores de respuesta claramente definidos.

Objetivo:

Identificar los factores asociados con la respuesta clínica a guselkumab (GUS) y risankizumab (RSK) en pacientes con APs axial y/o mixta, en práctica clínica real.

Metodología:

Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en 24 hospitales de España, incluyendo pacientes diagnosticados con APs axial y/o mixta, tratados con GUS y RSK. La APs axial se definió a juicio del investigador. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de tratamiento. La eficacia se midió mediante la comparación de ASDAS-PCR y BASDAI al inicio 1, 3, 6 y 12 meses. También se analizó la proporción de respuesta en base a Mejoría Clínica Importante (MCI) (Dif ASDAS>1.1) o BASDAI50. Se realizaron análisis predictivo multivariante y modelos mixtos ajustados por edad, sexo e IMC.

Conclusión:

En nuestra experiencia en práctica clínica, GUS Y RSK pueden ser opciones terapéuticas para pacientes con APs axial y/o mixta, particularmente aquellos que cumplen criterios ASAS EspA axial y presentan ASDAS-PCR basal >2.1. Estos hallazgos subrayan la importancia de la estratificación de pacientes para optimizar el manejo de la APs axial.

Resultados:

Se incluyeron 102 pacientes tratados con GUS (80) y RSK (22): 54% mujeres, edad media al inicio tratamiento 50 (±11,1) años y duración APs 5,3(±6,2) años. . 87% fueron formas mixtas y 13% formas axiales. El 51% entesitis, 25% dactilitis ,22% eran HLA-B27 positivo, y 36% tenían. obesidad. Se observó una reducción significativa de ASDAS-PCR y BASDAI a 1, 3, 6 y 12 meses (figura1). Los porcentajes de respuesta a 1, 3, 6 y 12 meses fueron para MCI (GUS 15.2/21.6/23.9/38; RSK 10/16.7/50/33) y BASDAI50 (GUS 3.4/8.7/25/37.5; RSK 10/40/33)(Figura 2). Los factores asociados a respuesta clínica fueron: 1) Cumplir criterios ASAS EspA axial (RR: 7.64; IC95%: 1.36-54.11; p=0.003) y 2) ASDAS-PCR basal >2.1 (RR: 1.64; IC95%: 1.16-2.33; p=0.005) (tabla 3).

Figura1. Respuesta ASDAS-PCR y BASDAI a 1, 3, 6 y 12M

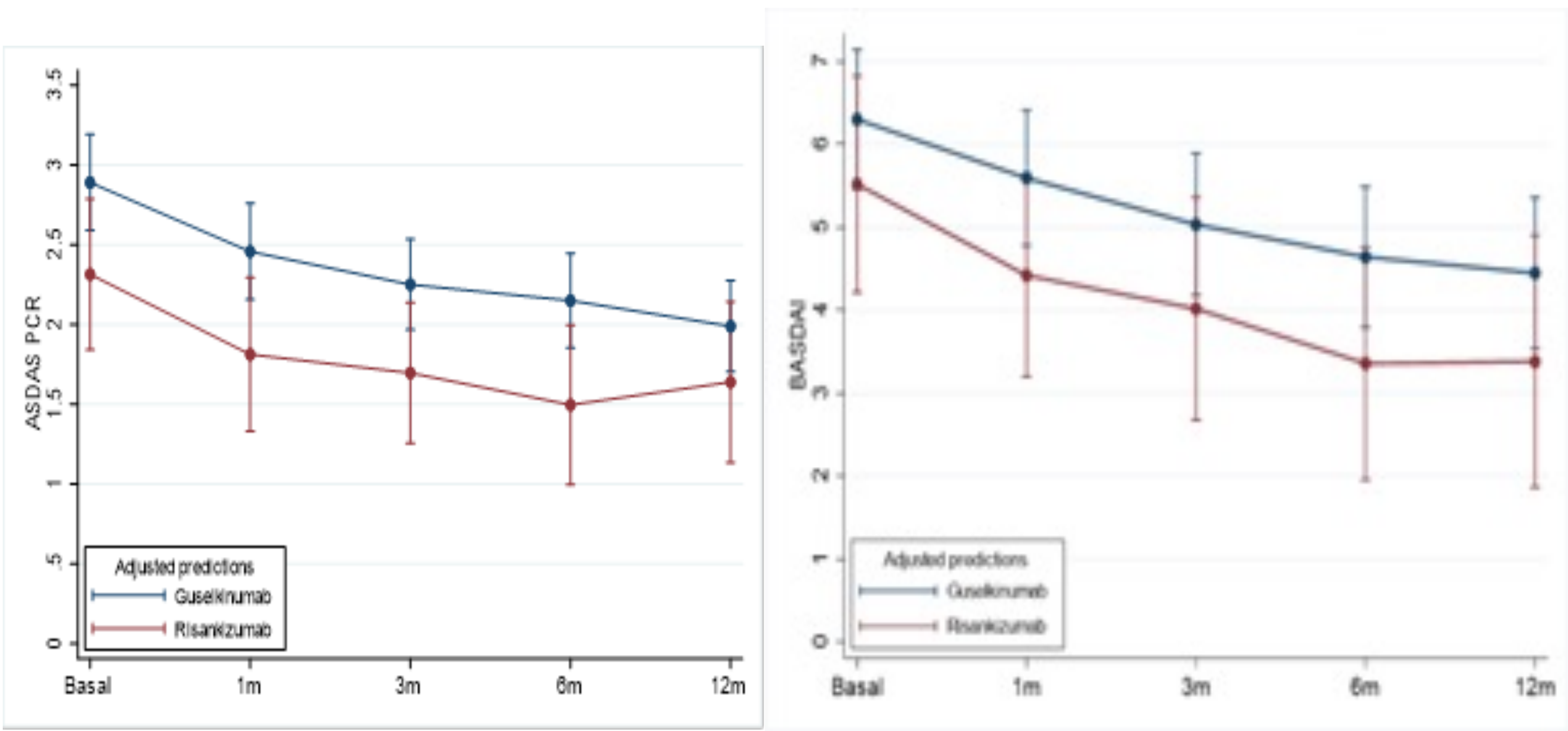


Figura2. Respuesta en base Mejoría Clínica Importante (MCI) (Dif ASDAS>1.1) o BASDAI50

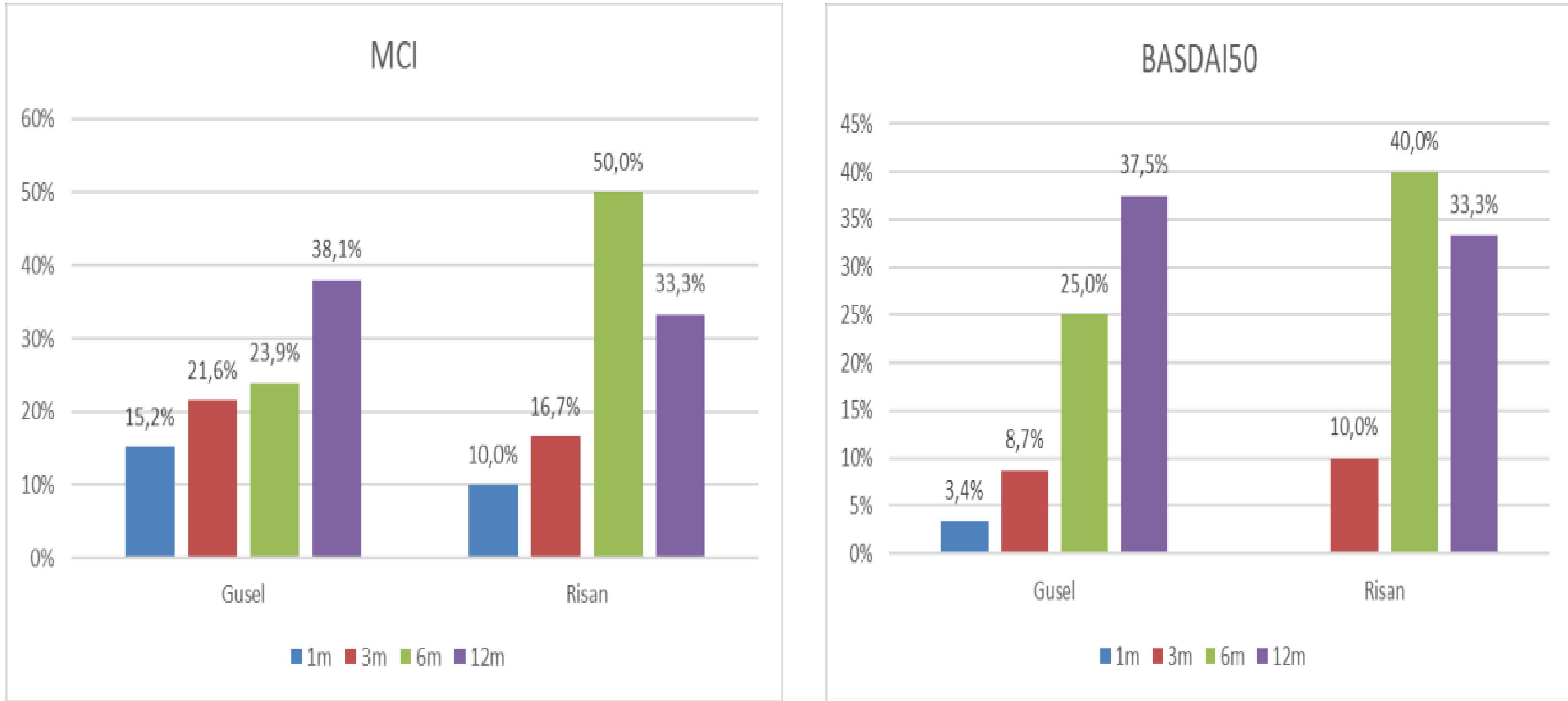


Tabla 3 . Análisis multivariante factores asociados a respuesta clínica

	RR	p	[95% conf.	interval]
Varón	0,65	0,143	0,36	1,16
Edad al diagnostico años	1,02	0,337	0,98	1,06
Comorbilidad	0,82	0,502	0,47	1,45
Criterios ASAS EspAaxial	7,64	0,022	1,36	54,11
Afectacion_periferica	0,95	0,859	0,52	1,71
Afectacion_cutanea_uña	0,80	0,671	0,28	2,25
HLA B27	0,83	0,613	0,40	1,71
ASDASPCR>2.1 basal	1,64	<0.001	1,41	2,93
N_biolog_t_dirigida_2	0,87	0,263	0,68	1,11