

# Escalado de dosis de Secukinumab en pacientes con espondiloartritis axial radiográfica y no radiográfica: experiencia multicéntrica de vida real

Dalifer Freites<sup>1</sup>, Adela Gallego Flores<sup>2</sup>, Alicia García Dorta<sup>3</sup>, Andrea García-Valle<sup>4</sup>, Marta Valero Expósito<sup>5</sup>, Isabel De la Morena Barrio<sup>6</sup>, Celia Arconada López<sup>7</sup>, Cristina Valero Martínez<sup>8</sup>, Manuel Fernandez-Prada<sup>9</sup>, Marta López Gómez<sup>10</sup>, Antonio Álvarez de Cienfuegos<sup>11</sup>, Rubén López-Sánchez<sup>12</sup>, Álvaro García Martos<sup>13</sup>

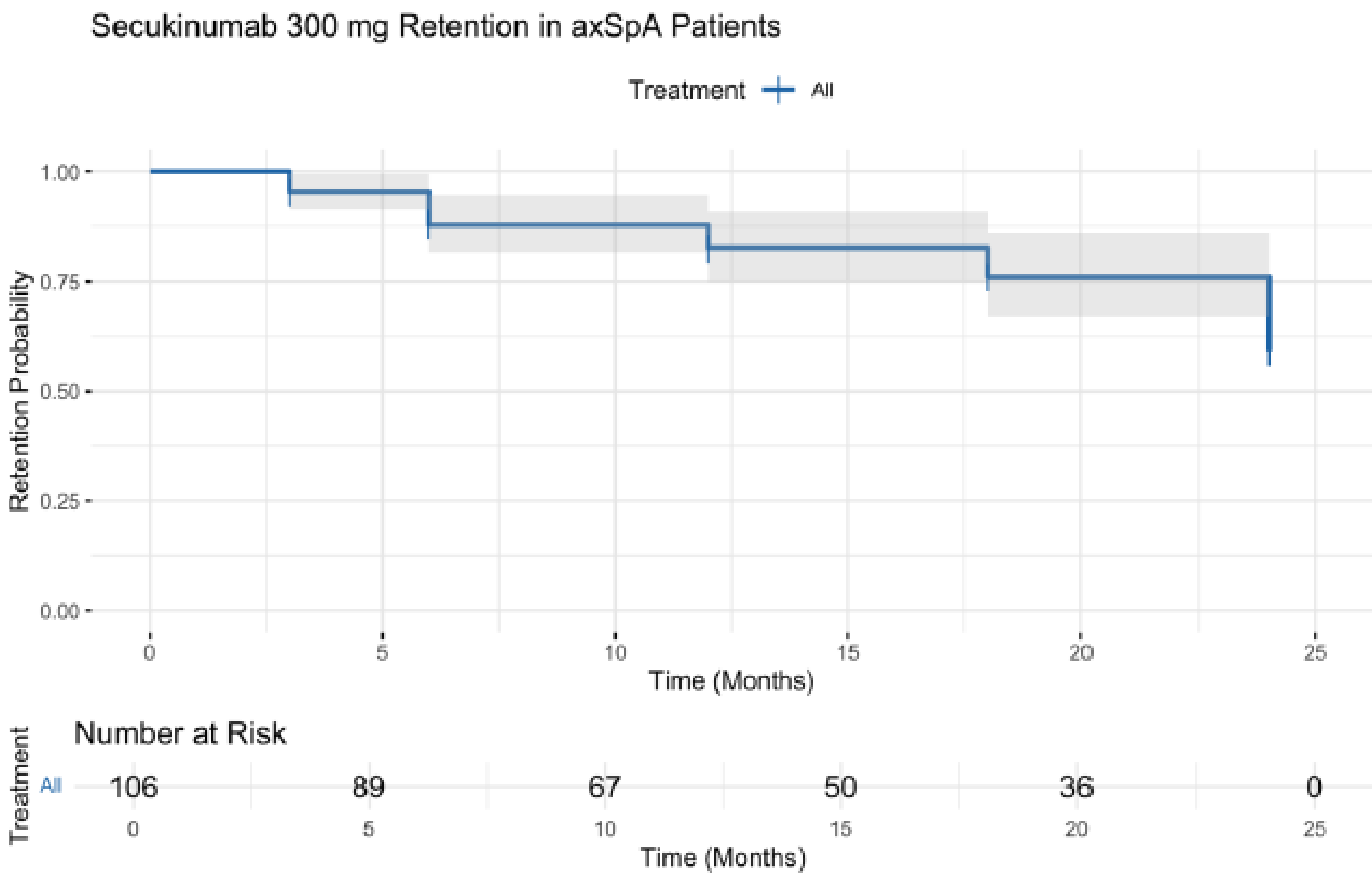
<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena, Badajoz. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología, Complejo asistencia de Palencia, Palencia. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La princesa, Madrid. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Araba, Álava. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Doctor Negrin, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario del Tajo, Madrid.

## Introducción

La espondiloartritis axial (EspAax) es una enfermedad inflamatoria crónica del esqueleto axial, que incluye formas radiográficas (EspAax-r) y no radiográficas (EspAax-nr). Secukinumab, un anticuerpo monoclonal humano inhibidor específico de la IL-17A, se ha validado en diferentes ensayos clínicos a dosis de 150 mg/mes, con posibilidad de escalar a 300 mg/mes en casos severos. Este estudio analiza la efectividad, retención y seguridad del incremento de la dosis en la práctica real en España en pacientes con EspAax con respuesta parcial a 150 mg/mes.

## Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de pacientes en 13 unidades de reumatología. Se incluyeron adultos ≥18 años diagnosticados con EspAax-r o EspAax-nr y respuesta parcial (ASDAS ≥2,1) tras ≥3 meses con tratamiento a 150 mg/mes de secukinumab, seguidos hasta un máximo de 24 meses. Los resultados evaluaron cambios de ASDAS tras el aumento de dosis, retención del tratamiento (Kaplan-Meier) y factores asociados con la interrupción (regresión de Cox). La seguridad se evaluó mediante la incidencia de eventos adversos (EA).



## Conclusiones

Estos hallazgos apoyan el uso de secukinumab 300 mg/mes como una opción terapéutica segura, eficaz y adaptable para los pacientes con EspAax con respuesta parcial a la dosis estándar. Las estrategias de dosificación personalizadas que aprovechan la flexibilidad de secukinumab pueden mejorar el manejo de la enfermedad y los resultados en entornos de vida real . 3424 caracteres incluyendo espacios

## Resultado

Se incluyeron 106 pacientes con EspAax, de los cuales 77 (73%) tenían EspAax-r y 29 (27%) EspAax-nr. El 66% eran hombres en el grupo EspAax-r en comparación con el 52% del grupo EspAax-nr y con edades medias similares (48,98 vs. 45,72 años). La uveítis (21% vs. 3%) y la psoriasis (14% vs. 0%) fueron más comunes en la EspAax-r al igual que HLA-B27+ (79% vs. 59%). La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de secukinumab fue de 8,0 años para la EspAax-r y de 2,0 años para la EspAax-nr, con antecedentes de tratamiento previo similares.

El aumento de dosis de secukinumab a 300 mg/mes **redujo significativamente el ASDAS en ambos subgrupos, especialmente en los primeros 6 meses**, con mejorías sostenidas a los 24 meses (mediana de ASDAS de 4,12 a 1,97 en EspAax-r y de 4,12 a 1,49 en EspAax-nr). El análisis del modelo longitudinal mixto (LMM) confirmó reducciones consistentes de ASDAS a lo largo del tiempo sin diferencias significativas entre ellos (**tabla 1**).

A los 6 meses, el 87,79% de los pacientes seguían en tratamiento con Secukinumab, y el 59,07% a los 24 meses (**figura 1**). El análisis de Kaplan-Meier no mostró diferencias significativas en retención entre EspAax-r y EspAax-nr. El análisis de regresión de Cox no encontró factores estadísticamente significativos asociados con la interrupción del tratamiento, aunque la edad y la positividad de HLA-B27 mostraron tendencias no significativas hacia una mayor interrupción.

Se notificaron 15 EA, con una tasa de incidencia de 15,79 por 100 pacientes-año. Los EA más comunes fueron infecciones y reacciones cutáneas. La mayoría de los tratamientos continuaron, con sólo una interrupción permanente. No se observaron nuevos casos de uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal o psoriasis.

Variable	Coefficient	Standard Error	z-value	p-value	95% Confidence Interval
Intercept. Baseline ASDAS - CRP score	3.729	0.201	18.543	<0.001	(3.335 - 4.123)
Group (r-axSpA vs nr-axSpA)	-0.043	0.232	-0.185	0.853	(-0.498 - 0.412)
Average change in ASDAS (every 3 months)	-0.107	0.018	-5.932	<0.001	(-0.142 - -0.072)
nr-axSpA: Time Interaction	0.031	0.020	1.505	0.132	(-0.009 - 0.071)
Variability in response across patients	0.223	0.076	—	—	—
Group: r-axSpA (radiographic) vs nr-axSpA (non-radiographic). Time: follow-up time in months. axSpA: axial spondyloarthritis. r-axSpA: Radiographic axSpA. nr-Ax-SpA: Non-radiographic axial spondyloarthritis. ASDAS – CRP: Axial Spondyloarthritis Disease Activity Score’- C Reactive Protein.]					