

Nuevos Horizontes en Espondiloartritis Axial: ¿Cómo Definir el Difícil Manejo?

Manuel Juárez, Victoria Navarro-Compán, Diana Peiteado, Carolina Tornero, Cristina Bohórquez, Ana Sánchez Calles, Eugenio de Miguel, Chamaida Plasencia-Rodríguez
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España.

Objetivos

Describir y comparar las características de los pacientes que recibieron **dos terapias avanzadas con el mismo o con distinto mecanismo de acción** de una cohorte de **espondiloartritis axial (EspAax) de difícil manejo (DM)**, para explorar la mejor definición posible de esta.

Métodos

- Diseño y población:** Cohorte prospectiva de pacientes con EspAax que iniciaron una primera terapia avanzada entre 2004-2019 en el Hospital Universitario La Paz.
- Criterios de selección:** Pacientes que cumplían la definición propuesta de **DM** (fallo a un mínimo de 2 FAME biológico – FAMEb –) o **buenos respondedores (BR)**, mantenimiento del primer FAMEb durante al menos 3 años, o suspensión del mismo por remisión). Los pacientes clasificados como DM se subdividieron según si los dos primeros FAMEb que recibieron tenían el **mismo (MMA) u otro (OMA) mecanismo de acción**.
- Datos recogidos:** Datos clínicos, terapéuticos y analíticos al inicio del primer FAMEb y medidas de actividad al inicio y a los 6 meses del primer FAMEb.
- Análisis estadístico:** Descriptivo y comparativo, usando los tests de Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Tabla 1. Análisis descriptivo y comparativo entre grupos.

	DM-MMA (n=35)	DM-OMA (n=7)	BR (n=59)
Clasificación (EspAax-r)	26 (74,3%)	4 (57,1%)	46 (78%)
Edad (años)	40 (33-49)	35 (34-60)	44 (33-53)
Sexo (varón)	19 (54,3%)	2 (28,6%)	38 (64,4%)
HLA-B27 positivo	24 (68,6%)	3 (42,9%)	48 (82,8%)
Tabaquismo (fumador)	13 (37,1%)*	0 (0%)	7 (11,9%)
Duración de la enfermedad hasta el 1er FAMEb (años)	2,2 (0,5-6,3)*	2,4 (0,73-4,3)	7,7 (2,2-14,4)
Tiempo hasta fallo de 2 FAMEb (meses)	57 (30-86)	36 (23-57)	-
Trastornos del estado del ánimo	20 (57,1%)*	3 (42,9%)	14 (23,7%)
Fibromialgia	4 (11,4%)	2 (28,6%)	1 (1,7%)
Afectación periférica	34 (97,1%)*	7 (100%)	46 (78%)
- Entesitis	33 (94,3%)*	7 (100%)	35 (39,3%)
- Artritis	26 (74,3%)	3 (42,9%)	30 (50,8%)
- Dactilitis	5 (14,3%)	0 (0%)	5 (8,5%)
Uveítis anterior	7 (20%)	2 (28,6%)	17 (28,8%)
Psoriasis	5 (14,3%)	0 (0%)	4 (6,8%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	5 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (3,4%)
Uso concomitante AINEs	28 (96,6%)	7 (100%)	43 (81,1%)
Uso concomitante FAMEc	16 (45,7%)	1 (14,3%)	27 (45,8%)

Diferencias estadísticamente significativas: *DM-MMA vs. BR, †DM-OMA vs. BR, #DM-MMA vs DM-OMA.

Resultados

- Todos los DM-MMA recibieron tratamiento con iTNF como 1er y 2º FAMEb, mientras que todos los DM-OMA recibieron la secuencia iTNF-iIL17 como 1er y 2º FAMEb.
- Los DM-OMA eran más frecuentemente **mujeres** con mayor frecuencia de formas **no radiográficas, fibromialgia** y suspensión del 1er FAMEb por **ineficacia primaria** y **menor** frecuencia de **HLA-B27 positivo**, respecto a los BR y DM-MMA, aunque sin diferencias significativas.
- En ambos grupos DM (MMA y OMA), existía más frecuencia de **afectación periférica** (97,1% y 100%), principalmente por mayor frecuencia de **entesitis** (94,3% y 100%) respecto a los BR (86,1% y 74,3%), siendo las diferencias entre DM-MMA y BR significativas. La duración de la enfermedad hasta el inicio de FAMEb en los dos grupos DM fue menor que en los BR (2,2, 2,4 y 7,7 años).
- A los 6 meses de tratamiento, **ambos grupos DM puntuaron** significativamente **más alto** que los BR en la mayoría de las medidas de actividad. Sin embargo, el grupo **DM-MMA** tendía a mayores puntuaciones de **ASDAS** y el grupo **DM-OMA** a mayores puntuaciones de **BASDAI**, especialmente en la pregunta sobre entesitis, aunque sin diferencias significativas.

Conclusiones

Para la definición de EspAax-DM sería factible incluir el fracaso a 2 FAMEb con mismo o diferente mecanismo de acción. Sin embargo, podría existir un subgrupo de pacientes con **actividad no inflamatoria**, especialmente dentro de los **DM-OMA**, lo cual debería tenerse en cuenta en las futuras recomendaciones para el manejo de estos pacientes.



Tabla 2. Medidas de actividad al inicio del primer FAMEb (basal) y a los 6 meses.

	DM-MMA (n=35)	DM-OMA (n=7)	BR (n=59)
AL INICIO DEL PRIMER FAMEb (BASAL)			
ASDAS	3,6 (2,7-4,4)	3,5 (3,1-4,3)	3,4 (2,6-3,8)
BASDAI	6,3 (5,6-7,5)	4,6 (4-8)	5,8 (4,3-6,9)
- P1: fatiga	7 (5-8)	8 (7-8)	6 (4-7,5)
- P2: dolor axial	7 (6-9)	8 (8-9)	7 (5,1-8)
- P3: artritis periférica	6 (2,6-7)	3 (0-6)	5 (3-7)
- P4: dolor entesis	7 (5,3-8,8)	5 (1-9)	6 (2,3-8)
- P5: gravedad de RM	8 (6-9)	8 (1-9)	6 (5-8)
- P6: duración de RM	6 (4-9)*	5 (4-5)	5 (2-6)
NAD	1 (0-9)*	0 (0-4)	0 (0-1)
NAT	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-0)
VGP	70 (55-80)	80 (40-90)	60 (50-70)
VGM	47,5 (31,3-60)	65 (50-90) [†]	40 (25-60)
PCR (mg/L)	4,7 (2,5-13,1)	9,6 (9-16,8)	6,4 (3,1-17,2)
VSG (mmh)	13 (6,2-21)	27 (9-40)	16 (6-28)
A LOS 6 MESES DEL PRIMER FAMEb			
ASDAS	3,1 (1,9-3,7)*	2,7 (2,5-3,6) [†]	1,6 (0,9-2,5)
ΔASDAS	0,5 (0,3-1,2)*	0,9 (0,4-1,0)	1,3 (0,9-2,5)
- Mejoría clínica ASDAS	8 (25%)*	0 (0%) [†]	36 (66,7%)
- Gran mejoría ASDAS	3 (9,4%)*	0 (0%)	23 (42,6%)
BASDAI	5,4 (4-7,1)*	6,1 (5,4-7,2) [†]	3,25 (1,9-4,7)
- P1: fatiga	6 (4-8)*	7 (5-8) [†]	4 (2-6)
- P2: dolor axial	7 (4-8)*	8 (7-8) [†]	4 (2-6)
- P3: artritis periférica	5,2 (2-8)*	3 (2-7)	2 (1-5)
- P4: dolor en	6 (3-8)*	8 (6-8) [†]	2 (1-5)
- P5: gravedad de RM	6 (3,6-8)*	7 (6-9) [†]	3 (1,8-5)
- P6: duración de RM	4 (2-6,3)*	3 (2-5)	2 (1-4)
NAD	1 (0-5)*	0 (0-8)	0 (0-1)
NAT	0 (0-1)*	0 (0-2)	0 (0-0)
VGP	70 (43-73,3)*	60 (50-60) [†]	30 (19,8-60)
VGM	30 (11,3-60)*	25 (15,3-50)	15 (10-20)
PCR (mg/L)	3 (0,8-7,0)*	3,8 (1,6-15,8) [†]	0,8 (0,2-2,2)
VSG (mmh)	9 (6-20)	16 (6-24)	7 (4-9)

Diferencias estadísticamente significativas: *DM-MMA vs. BR, †DM-OMA vs. BR, #DM-MMA vs DM-OMA.