

Carlos García Porrúa<sup>1</sup>, Angeles Hernandez Del Rio<sup>2</sup>, Lara Davila Seijo<sup>3</sup>, Sara Alonso<sup>4</sup>, Rafael Melero González<sup>5</sup>, David Fernandez Fernandez<sup>6</sup>, Victor Quevedo<sup>7</sup>, Evelin Cecilia Cervantes Pérez<sup>8</sup>, Carlota Iñíguez Ubiaga<sup>9</sup>, Francisco J Maceiras Pan<sup>6</sup>, María Caeiro Aguado<sup>8</sup>, Norma Calleja<sup>4</sup>, Ivonne Mamani<sup>6</sup>, Jose A Pinto Tasende<sup>3</sup> y Rubén Queiro Silva<sup>4</sup>.

1.HU Lucus Augusti (Lugo), 2. CHU Ferrol, 3. CHU A Coruña, 4. HUCA Oviedo, 5. CHU Ourense, 6. CHU Vigo, 7. Hospital Monforte de Lemos (Lugo), 8. CHU Pontevedra, 9. H El Bierzo (Ponferrada)

Introducción

El bimekizumab (BKZ) es un anticuerpo monoclonal diseñado para inhibir dos citocinas clave implicadas en la inflamación crónica asociada a enfermedades como la Espondiloartritis axial (EspAax), IL-17A e IL-17F

**Objetivos:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EspAax que iniciaron tratamiento con BKZ en práctica clínica real y analizar su persistencia en el mismo a los 6 meses.

Métodos

Se trata de un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y no intervencionista realizado en pacientes con EspAax (cumplían criterios ASAS) que iniciaron tratamiento con BKZ entre el 1 de febrero de 2024 y el 1 de diciembre de 2024, en el que se recogieron datos demográficos, clínicos, biológicos y radiológicos. Se evaluaron mediante el índice ASDAS-PCR y BASDAI en el momento de iniciar el tratamiento y al seguimiento. Se recogieron los acontecimientos adversos ocurridos durante el periodo de seguimiento. Se realizó un estudio de persistencia (curva de Kaplan-Meier) del tratamiento en los primeros 6 meses de seguimiento. Para el análisis se utilizó el programa SPSS 23.0. Los pacientes firmaron un consentimiento informado para permitir la recogida y el análisis anonimizados de datos y su inclusión en un registro de estudio de pacientes con EspAax

Tabla 1. Características demográficas

Número total de pacientes con APs	43
Género masculino	25 (58,1%)
Edad media (DE)	52 años (DE 9)
HLA B27 (+)	27 (62.8%)

Tabla 3. Comorbilidades y MEMEs

Fumadores	14 (32.6%)
Dislipidemia	19 (44.1%)
Hipertensión arterial	12 (27.9%)
Diabetes mellitus	6 (14%)
Síndrome metabólico	5 (11.6%)
Esteatosis hepática	5 (11.6%)
Fibromialgia	5 (11.6%)
Síndrome depresivo	9 (25%)
Antecedentes de uveítis	6 (14%) (no activa)
Antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal	3 (7%)

Tabla 2. Características radiológicas

Neoformaciones óseas periféricas	21%
Sindesmofitos	35%
Sacroileitis bilateral	83.7%

BASDAI medio basal (DE)	6.7 (DE 2.6)
-------------------------	--------------

Tabla 4. Líneas de tratamientos

Pacientes sin terapia biológica previa	1 (2.3%)
2ª línea	10 (23.3%)
3ª línea	13 (30.2%)
4ª línea	8 (18.6%)
5ª línea o más	11 (25.6%)

Tabla 5. Suspensión del tratamiento y sus causas

Acontecimientos adversos con retirada	2 (1 fotosensibilidad, 1 intolerancia)
Fracasos primarios	3
Fracasos secundarios	0

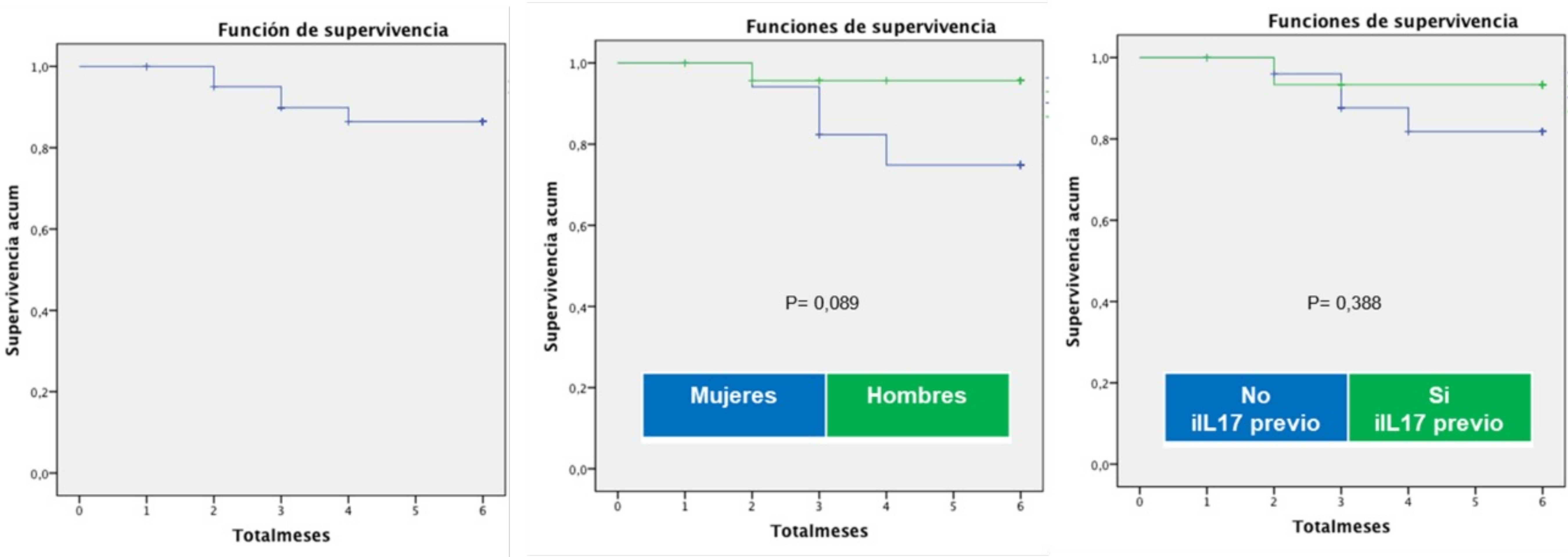
Resultados

El número total de pacientes con EspAax incluidos fue de 43, 58.1% hombres, con una edad media de 52 años, (DE 9), sin diferencias entre sexos (p=0,754). El 62,8 % eran HLA B27 (+) (**Tabla 1**). El 21% neoformaciones óseas en articulaciones periféricas, el 35% tenía sindesmofitos y el 83.7% afectación de articulaciones sacroilíacas (**Tabla 2**). Un total de 14 pacientes, 32,6%, eran fumadores, 19 (44.1%%) tenían dislipidemia, 12 pacientes (27,9%) hipertensión arterial, 6, el 14%, presentaban diabetes mellitus, 5 pacientes (11,6%) síndrome metabólico, 5 pacientes (11.6%) esteatosis hepática, 5 pacientes (11.6%) fibromialgia y el 25%, 9 pacientes, síndrome depresivo. El 14% tenía antecedentes de uveítis (no activa actualmente), y 3 (7%) tenía antecedentes conocidos de enfermedad inflamatoria intestinal (**Tabla 3**). Solo 1 paciente no había recibido previamente terapia biológica; en 10 (23.3%) era su segundo biológico; en 13 (30,2) su tercer biológico y en 8 su cuarto biológico (18.6%). El 25,6% restante habían recibido 5 o más tratamientos avanzados (**Tabla 4**). Dieciseis pacientes (37.2%) habían recibido previamente otro iL17. El 18,6% tenía un FAME asociado, debido a afectación articular/entesítica periférica. La media del BASADI basal fue de 6.5 (DT 2.6).

Hubo 2 acontecimientos adversos que condujeron a la retirada del tratamiento (1 por fotosensibilidad y 1 por intolerancia no especificada). No se registró ningún caso de EIi de inicio o reactivación de los casos conocidos. Los abandonos por fallo al tratamiento fueron 3 (fallo primario) y ningún fallo secundario (**Tabla 5**).

A los 6 meses de seguimiento, el 88% de los pacientes continuaron con el tratamiento, sin diferencias significativas entre los pacientes naíve a los inhibidores de la IL17 (85.2% continuaron) y los pacientes que ya habían sido tratados con otro inhibidor de la IL17 (93,8% continuaron), p=0,388. Tampoco se observaron diferencias con respecto al género, aunque se aprecia una tendencia a mejor persistencia en el género masculino (p=0.089) (**Figura 1**)

Figura 1. Tasas de retención con bimekizumab a los 6 meses en pacientes con espondiloartritis axial, y en función género y del tratamiento previo con otro inhibidor de la IL17.



Conclusiones

Este estudio complementa el conocimiento sobre bimekizumab en espondiloartritis axial, demostrando su alta persistencia en pacientes con o sin experiencia previa con inhibidores de IL17, con una tendencia hacia mejor respuesta en los hombres, y con efectos adversos como los observados en los ensayos clínicos.