

TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: UN RETO TERAPEÚTICO

E. Abad- Plou 1 , Oihane Ibarguengoitia- Barrena 2, M.Enjuanes 1, Guillermo González-Mozo 1, Julia Alvarez 1, E. Galíndez-Agirregoikoa 1 , M.L García Vivar 1 , A.R. Intxaurbe Pellejero 1 , I Torre 1, MARIA ROSA EXPOSITO-MOLINERO 1, L. Vega 1 , O.B. Fernández-Berrizbeitia 1 , David Martinez-Lopez 1, Lorena Montaña 1, Marta Gonzalez-Fernandez 1 , elena Barahona-Garcia 1, I.Gorostiza 1 ,N.Rivera 3, M E Ruiz Lucea 1

1. H. Universitario de Basurto, 2 H. Universsitario Galdakano Usansolo 3. Biobizkaia

INTRODUCCIÓN

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un **grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes** cuya característica principal es la afectación del tejido musculo – esquelético, produciendo debilidad muscular; cabe destacar la afectación sistémica de estas. Presentan autoanticuerpos específicos que, en algunos casos nos ayudan a definir un fenotipo clínico – serológico que las diferencia entre ellas.

La **baja prevalencia e incidencia**, además de la variabilidad clínica serológica, las convierte en un **reto terapéutico**.

OBJETIVOS

Conocer y Definir:

- Evolución y respuesta clínica a los diferentes inmunosupresores (IS)
- Complicaciones terapéuticas asociadas a las MII.

MÉTODOS

TIPO: Estudio transversal descriptivo

Diagnostico MII:

- EULAR/ACR 2017
- Reumatólogo
- Clínica
- Pruebas complementarias

TIEMPO

01/01/13 - 31/12/24

LUGAR

Centro de 3º nivel

Características

Clínicas: *Tipo miopática*
Tipo afectación muscular
Afectación extramuscular

Serológicas: *Enzimas*
Musculares, Autoanticuerpos

Terapéuticas: *Tipo de Tratamiento* ,
Demográficas

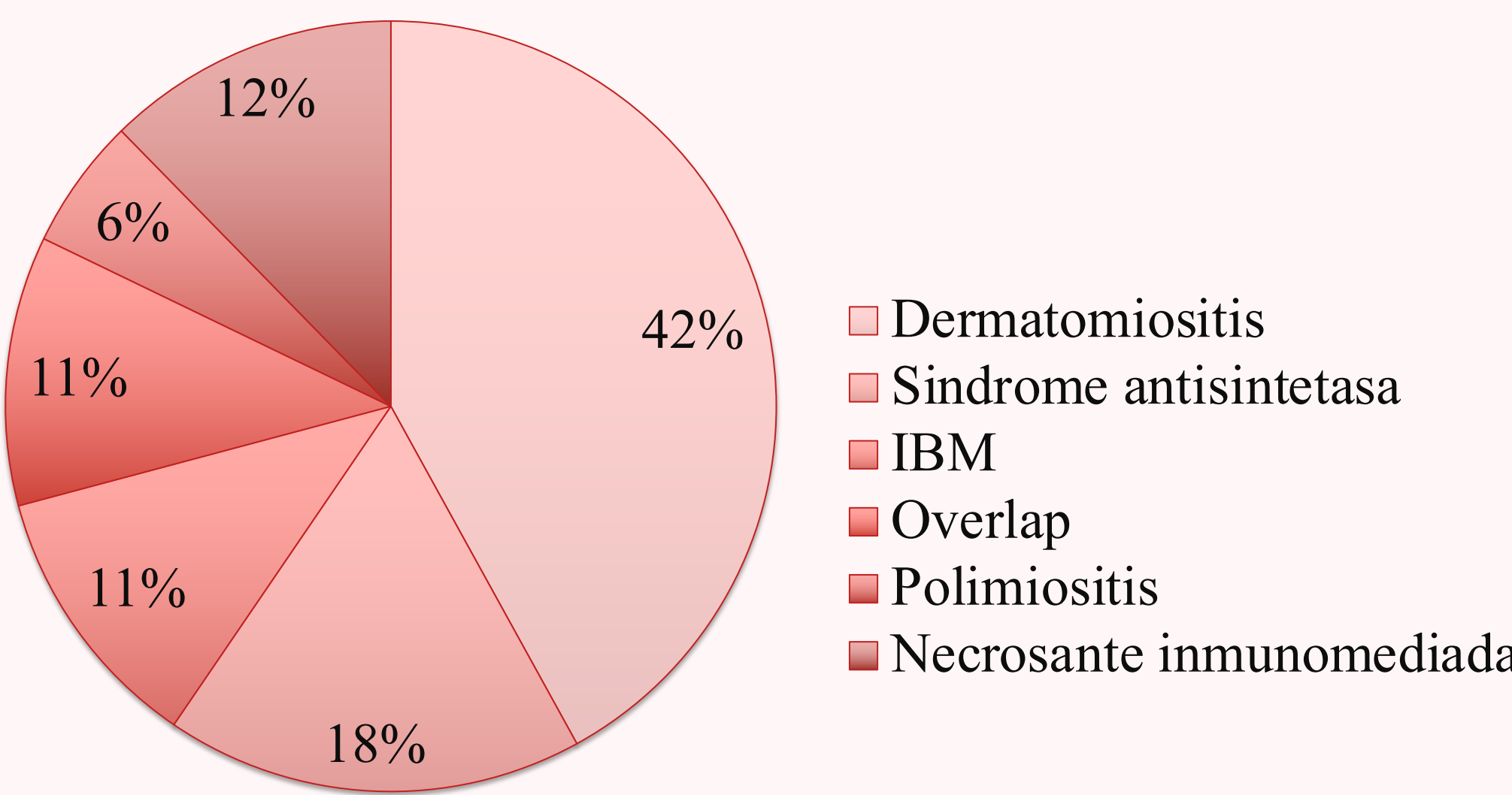
RESULTADOS

MUESTRA

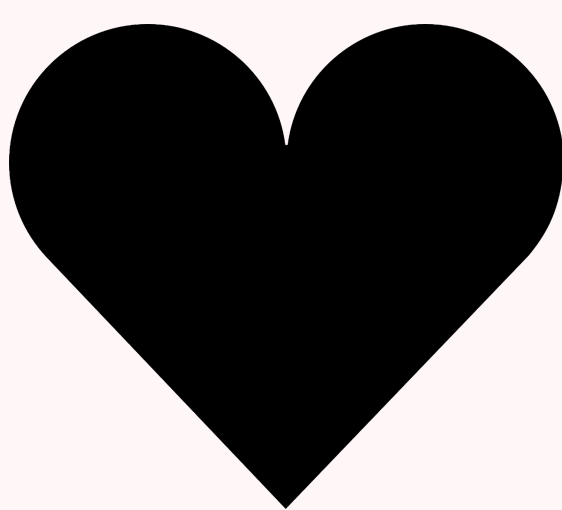


Sexo 69,4% mujeres
Edad media 65 años (DE 17,7)
Edad diagnóstico 57,4 años (DE 19,11)

Tipos miopatía



FRCV 43,55%



- 83,9% dislipemia
 - 32,3 % hipertensión arterial
 - 14,5% diabetes mellitus
- 22,5% ≥ 2 FRCV**

Clínica muscular



66,1% afectación proximal
8,1% proximal y bulbar
6,5% proximal y distal

Afectación extramuscular

| | DMs | Antisintetasa | Necrotizante | IBM | Overlap | Polimiositis | Total |
|-------------------------------|-------|---------------|--------------|-------|---------|--------------|-------|
| EPID | 15,3% | 88,9% | 0.0% | 0.0% | 83,3% | 12,5% | 29% |
| HIPERTENSIÓN PULMONAR RAYNAUD | 3,8% | 11.1% | 0.0% | 16,7% | 66,7% | 25% | 14.5% |
| ARTRITIS | 11,5% | 33,3% | 0.0% | 0.0% | 66.7% | 12.5% | 17,7% |
| MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS | 15,4% | 22,2% | 14,3% | 0.0% | 66,7% | 0.0% | 17,7% |
| INFECCIONES SEVERAS | 11.5% | 22.2% | 14.3% | 50.0% | 33.3% | 25.0% | 21.0% |
| | 19.2% | 11.1% | 0.0% | 16.7% | 0.0% | 12.5% | 12.9% |

TRATAMIENTO

100% precisaron **corticoides**

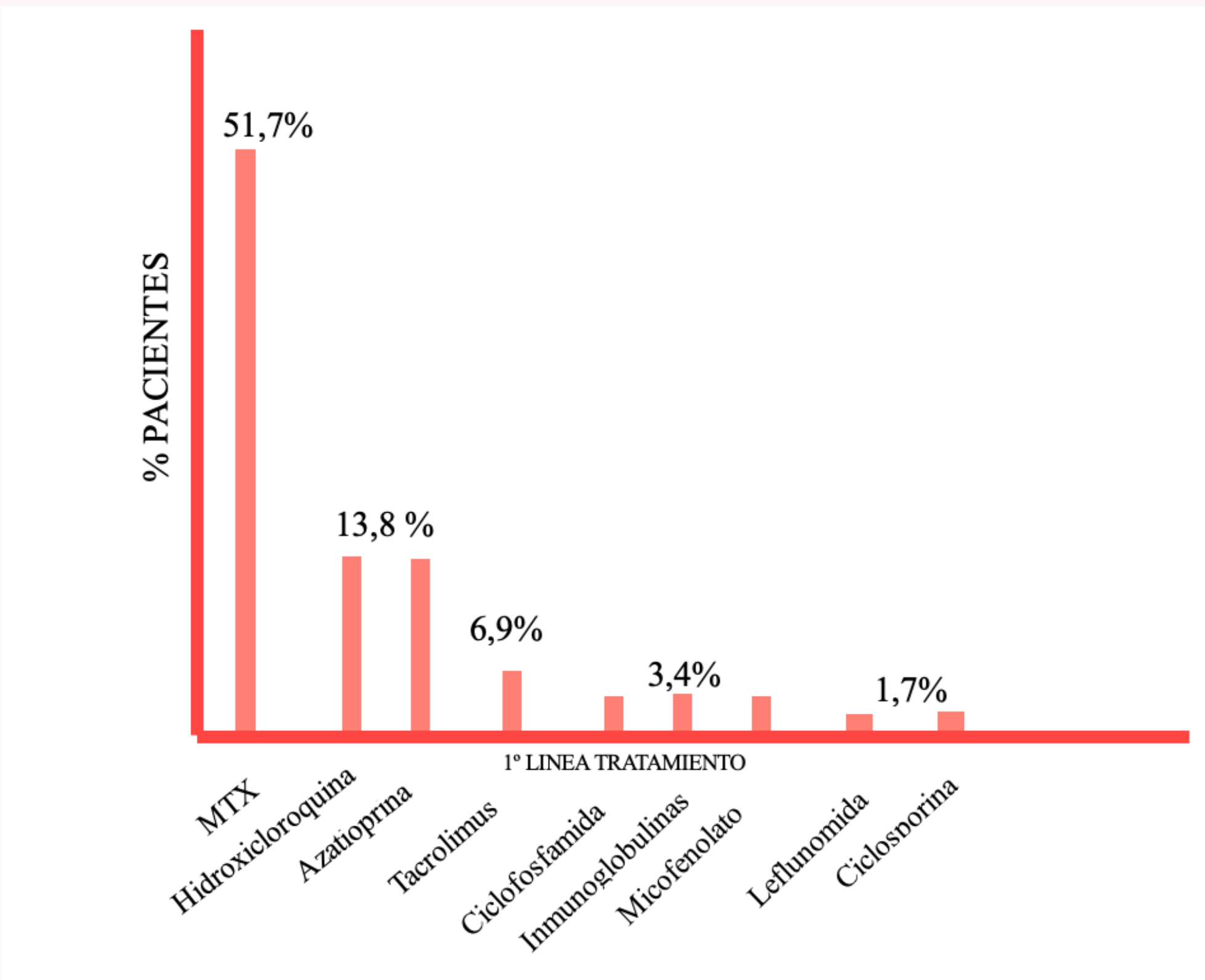
1º línea tratamiento → **51,7% MTX**

2º línea (58,1%) → más utilizados **Inmunoglobulinas** y el **Micofenolato**

- Ineficacia 67,7%
- Efectos adversos del fármaco 14,1

3o línea→ más utilizados **Tacrolimus** y **Rituximab 13%** (*eficaz en el 62,5% de estos casos*)

Terapia combinada (TB) con ≥ 2 IS **35,2%** (31,6% de estos RTX)



CONCLUSIONES

80% de los pacientes precisan de terapias prolongadas. En gran parte de los casos los corticoides y el MTX no suelen ser suficientes, siendo necesaria la asociación con otros IS o el inicio de tratamiento con terapias biológicas para el buen control terapéutico.

