



P240 - APREMILAST EN MONOTERAPIA O COMBINACIÓN EN LAS MANIFESTACIONES NO ULCEROSAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 34 CASOS REFRACTARIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

B. Atienza Mateo¹, A. Herrero-Morant¹, J. Loricera¹, V. Calvo-Río¹, J.L. Martín-Varillas¹, J. Graña², G. Espinosa³, C. Moriano⁴, T. Pérez-Sandoval⁴, M. Martín-Martínez⁴, E. Díez⁴, M.D. García-Armario⁵, E. Martínez⁵, I. Castellvi⁶, P. Moya Alvarado⁶, F. Sivera⁷, J. Calvo-Alén⁸, I. de la Morena⁹, F. Ortiz-Sanjuán¹⁰, J.A. Román-Ivorra¹⁰, A. Pérez-Gómez¹¹, S. Heredia¹², A. Olivé¹², Á. Prior¹², C. Díez¹³, J.J. Alegre¹⁴, A. Ybáñez¹⁴, Á. Martínez-Ferrer¹⁴, J. Narváez¹⁵, I. Figueras¹⁵, A.I. Turrión¹⁶, S. Romero-Yuste¹⁷, P. Trénor¹⁸, S. Ojeda¹⁹, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

²Reumatología. Centro Médico Quirón A Coruña. ³Department of Autoimmune Diseases. Hospital Clínic.

Barcelona. ⁴Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁵Reumatología y Dermatología. Hospital

Lluís Alcanyís. Xàtiva. ⁶Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Reumatología. Hospital

General Universitario de Elda. ⁸Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ⁹Reumatología. Hospital

General Universitario de Valencia. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

¹¹Reumatología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ¹²Reumatología. Hospital Universitari Germans

Trias i Pujol. Badalona. ¹³Reumatología. Hospital de El Bierzo. León. ¹⁴Reumatología. Hospital Universitario

Doctor Peset. Valencia. ¹⁵Reumatología y Dermatology. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Reumatología. Hospital

Clínico Universitario de Salamanca. ¹⁷Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

¹⁸Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ¹⁹Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Mientras que el apremilast (APR) ha demostrado eficacia en las úlceras orogenitales de la enfermedad de Behçet (EB), la respuesta del resto de manifestaciones a este fármaco no ha sido determinada. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del APR tanto en monoterapia como combinado con otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs) en las manifestaciones no ulcerosas de la EB.

Métodos: Estudio nacional multicéntrico de 34 pacientes con EB tratados con APR a la dosis estándar de 30 mg/12 horas.

Resultados: De una cohorte de 51 pacientes en los que se inició APR por úlceras orogenitales relacionadas con EB refractarias al tratamiento convencional, se seleccionaron los casos con otras manifestaciones clínicas (n = 34, 24 mujeres/10 hombres), con edad media de 43,8 ± 14,3 años. Las manifestaciones no ulcerosas presentes al inicio del APR fueron: artralgias/artritis (16, artritis verdadera en 5), foliculitis/pseudofoliculitis (14), eritema nodoso (3), forunculosis (2), psoriasis paradójica por anti-TNF (2), ileítis (2), trombosis venosa profunda (2), úlceras en piernas (1), lesiones eritematodescamativas (1), fiebre (1), uveítis anterior unilateral (1) y neuroBehçet (lesión cerebral parenquimatosa con parestesias y claudicación de hemicuerpo derecho) (1). Excluyendo tratamiento con corticoides, colchicina o AINEs, 21 pacientes recibieron APR en monoterapia y 13

APR, apremilast; n, número de casos; ND, no datos disponibles; RC, respuesta completa; RP, respuesta parcial; SC, sin cambios.

Conclusiones: APR parece ser útil fundamentalmente en las manifestaciones cutáneas de la EB, además de en las úlceras orogenitales, tanto en monoterapia como en combinación con otros FAMEs.