



P041 - SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y OPTIMIZACIÓN DE INFLIXIMAB EN LAS UVEÍTIS REFRACTARIAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 103 PACIENTES

J.L. Martín Varillas¹, V. Calvo-Río², B. Atienza-Mateo², E. Beltrán³, J. Sánchez-Bursón⁴, M. Mesquida⁵, A. Adán⁵, M.V. Hernández⁵, F.J. López-Longo⁶, M. Hernández-Garfella⁷, E. Valls-Pascual⁸, L. Martínez-Costa⁸, A. Sellas-Fernández⁹, J.L. García-Serrano¹⁰, J.L. Callejas-Rubio¹⁰, N. Ortego¹⁰, J.M. Herreras¹¹, A. Fonollosa¹², O. Maíz¹³, A. Blanco¹³, I. Torre¹⁴, C. Fernández-Espartero¹⁵, V. Jovani¹⁶, V. Peiteado¹⁷, D. Díaz Valle¹⁸, E. Pato¹⁸, S. Romero-Yuste¹⁹, J.C. Fernández-Cid¹⁹, E. Aurrecoechea¹, M. García-Arias²⁰, M.A. Caracuel²¹, A. Atanes²², F. Francisco²³, S. Insúa²⁴, S. González-Suárez²⁵, A. Sánchez-Andrade²⁶, L. Linares²⁷, F. Romero²⁸, A.J. García-González²⁹, R. Almodóvar³⁰, E. Mínguez³¹, C. Carrasco Cubero³², E. Raya Álvarez¹⁰, M. Alcalde-Villar³³, C. Fernández-Carballido³⁴, F.A. Pagés³⁵, N. Vegas-Revenga³⁶, R. Demetrio-Pablo², S. Castañeda²⁰, M.A. González-Gay², J.L. Hernández² y R. Blanco²

¹Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Hospital General Universitario de Valencia. ⁷Hospital Doctor Peset. Valencia. ⁸Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ¹⁰Hospital Clínico de Valladolid. ¹¹Hospital Cruces. Bilbao. ¹²Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ¹³Hospital Basurto. Bilbao. ¹⁴Hospital Universitario de Móstoles. ¹⁵Hospital General de Alicante. ¹⁶Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁷Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁸Hospital Provincial de Pontevedra. ¹⁹Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²⁰Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²¹Hospital Universitario A Coruña. ²²Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²³Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. ²⁴Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²⁵Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²⁶Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²⁹Hospital de Mérida. ³⁰Hospital Severo Ochoa. Madrid. ³¹Hospital General de Elda. ³²Complejo Asistencial de Palencia. ³³Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Resumen

Introducción: La terapia biológica ha mejorado el pronóstico de las uveítis debidas a la enfermedad de Behçet (EB). Aunque el tratamiento con infliximab (IFX) está aprobado en Japón para su uso en uveítis no anteriores no infecciosas, la mayoría de los datos de pacientes occidentales provienen de series pequeñas y con seguimientos cortos. Nuestro objetivo fue evaluar: a) la eficacia y la seguridad a largo plazo de IFX; b) la optimización de IFX una vez alcanzada la remisión ocular.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con uveítis debidas a EB refractarias al uso de inmunosupresores convencionales y glucocorticoides. 103 pacientes fueron tratados con IFX como primer biológico de la siguiente forma: 3-5 mg/kg i.v. a las 0, 2, 6 y cada 4-8 semanas. Las variables oculares analizadas fueron: agudeza visual, células en cámara anterior, vitritis, vasculitis retiniana, grosor macular. Todas ellas fueron determinadas al inicio, en la primera semana, primer y sexto mes y en el primer y segundo año de tratamiento. Después de obtener la remisión ocular y mediante una decisión consensuada entre médico y paciente, se realizó la optimización de IFX.

Resultados: En la serie completa (n = 103), las principales variables oculares mostraron una rápida y sostenida mejoría, alcanzando la remisión en 78 pacientes tras $31,5 \pm 23,5$ meses desde el inicio de IFX. Se observaron efectos secundarios graves en 9 pacientes: reacciones infusionales (n = 4), tuberculosis (n = 1), neumonía por *Mycobacterium avium* (n = 1), úlceras orales graves (n = 1), psoriasis palmoplantar (n = 1) y carcinoma de colon (n = 1). Se realizó un subanálisis comparativo para evaluar la optimización de IFX en 60 pacientes en remisión (grupo optimizado (n = 18) y grupo no optimizado (n = 42)) que demostró lo siguiente: a) no diferencias significativas en las características clínicas basales y una mejora similar mantenida en la mayoría de los parámetros oculares en ambos grupos; y b) menores eventos adversos graves y menor coste medio de IFX por paciente en el grupo optimizado (4.826,52 frente a 9.854,13 euros/paciente/año) (tabla).

	Grupo optimizado (N = 18)	Grupo no optimizado (N = 42)	p
Número de pacientes/ojos afectados, n/n	18/34	42/77	
Edad, media (DE), años	39,5 (9,8)	38,8 (10,5)	0,82
Sexo, hombres/mujeres, n/n (%)	10/8 (55,6/44,4)	25/17 (59,5/40,5)	0,78
Duración EB antes de inicio de IFX, mediana [IQR] meses	52 [36-119]	36 [12-48]	0,07
Duración de uveítis antes de inicio de IFX, mediana [IQR] meses	38 [18-119]	35 [10-48]	0,11
Parámetros oculares al inicio de IFX			
Tyndall, mediana [IQR]	2 [1-4]	2 [1-2]	0,29
Vitritis, mediana [IQR]	2 [1,5-3]	2 [1-2]	0,02
BCVA, media (DE)	0,32 (0,21)	0,37 (0,26)	0,51
OCT, media (DE)	303,5 (23,3)	397,7 (155,77)	0,12
Vasculitis retiniana, ojos afectados, n (%)	48 (9 50%)	58 (26 66,7%)	0,23
Patrón de uveítis, n (%)			
Bilateral/unilateral	16/2 (88,9/11,1)	35/7 (83,3/16,7)	0,71
Anterior	0 (0)	6 (14,3)	0,17
Posterior	5 (27,8)	8 (19,0)	0,5
Panuveítis	13 (72,2)	28 (66,7)	0,67
Tratamientos previos a IFX, n (%)			
Corticoides orales	17 (94,4)	40 (97,6)	0,52
CsA	12 (66,7)	28 (66,7)	0,99
AZA	14 (77,8)	21 (50,0)	0,05
MTX	8 (44,4)	20 (47,6)	0,82
Bolos de metilprednisolona	3 (18,8)	15 (38,5)	0,16
Otros tratamientos.	7 (38,9)	15 (35,7)	0,82
Dosis de prednisona al inicio de IFX, media (DE), mg/d	40,3 (20,6)	41,4 (15,5)	0,81
Asociación terapéutica con IFX			
Monoterapia/terapia combinada, n (%)	15 (83,3)	30 (71,4)	0,33
AZA	5 (27,8)	4 (9,5)	0,11
CsA	9 (33,3)	8 (19,0)	0,32

MTX	4 (22,2)	15 (35,7)	0,3
MMF	0 (0)	1 (2,4)	0,99
Tacrolimus	0 (0)	1 (2,4)	0,99
CFX	0 (0)	1 (2,4)	0,99
Seguimiento tras inicio de IFX, mediana [IQR], meses	48 [33-60]	24 [6-60]	0,007
Brotos, mediana (IQR)	0 [0-1]	0 [0-2]	0,46
Efectos adversos graves, n (por 100 pacientes/año)	100	75,6	0,024
Coste medio, euros/años	4.826,52	9.854,13	-

Conclusiones: IFX parece ser eficaz y relativamente seguro en los pacientes con uveítis refractarias debidas a EB. La optimización de IFX es de igual forma efectiva, segura y rentable.