



Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiainclinica.org>

P148 - USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN NEURITIS ÓPTICA REFRACTARIA AISLADA O ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTÉMICAS INMUNOMEDIADAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A. Herrero Morant¹, C. Álvarez-Reguera¹, V. Calvo-Río¹, O. Maíz-Alonso², A. Blanco³, J. Narvaez⁴, S. Castañeda⁵, E. Vicente⁵, S. Romero-Yuste⁶, R. Demetrio-Pablo⁷, A. Urruticoechea Arana⁸, J.L. García Serrano⁹, J.L. Callejas Rubio⁹, N. Ortego-Centeno⁹, J. Sánchez¹⁰, D. Martínez-López¹, J.L. Hernández¹, M. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Reumatología; ³Oftalmología. Hospital Donostia. San Sebastián. ⁴Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital La Princesa. Madrid. ⁶Reumatología. Hospital de Pontevedra. ⁷Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁸Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁹Hospital San Cecilio. Granada. ¹⁰Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Introducción: La neuritis óptica (NO) es una inflamación del nervio óptico. Su presentación más frecuente es la NO típica desmielinizante. La NO atípica es rara, severa, no desmielinizante y puede presentarse de forma tanto aislada como asociada a enfermedades autoinmunes. Si la NO atípica no se trata, puede provocar importantes déficits visuales. El tratamiento convencional se realiza con corticosteroides sistémicos e inmunosupresores convencionales (ISC).

Objetivos: Evaluar la eficacia de la terapia biológica en NO refractaria al tratamiento convencional.

Métodos: Es un estudio abierto, multicéntrico que incluye 19 pacientes diagnosticados de NO refractaria a corticosteroides sistémicos y al menos un ISC. Las principales variables son la mejor agudeza visual corregida (AVC) y la tomografía de coherencia óptica (TCO) del nervio óptico y de las células ganglionares. Estas variables se han medido al inicio, 1 semana, 2 semana, 1 mes, 3 mes, 6 mes y al año después del inicio del tratamiento biológico.

Resultados: Se han estudiado 19 pacientes (12 mujeres/7 hombres) con edad media de $34,8 \pm 13,9$ años. Las causas subyacentes fueron idiopáticas ($n = 7$), enfermedad de Behçet ($n = 5$), lupus eritematoso sistémico ($n = 2$), neuromielitis óptica ($n = 3$), sarcoidosis ($n = 1$) y policondritis recidivante ($n = 1$) (tabla). Antes del tratamiento biológico y además de los corticosteroides sistémicos, los pacientes recibieron diferentes ISC. El tratamiento biológico fue adalimumab ($n = 6$), rituximab ($n = 6$), infliximab ($n = 5$) y tocilizumab ($n = 4$). Después del tratamiento biológico, se observó una mejoría de los parámetros oculares: AVC [$0,7 \pm 0,3$ a $0,8 \pm 0,3$; $p = 0,03$], TCO del nervio óptico [$123,2 \pm 58,3$ a $190,5 \pm 175,4$; $p = 0,11$] y TCO de las células ganglionares [$369,6 \pm 137,4$ a $270,7 \pm 23,2$; $p = 0,03$] al año. Después de un seguimiento medio de $29,1 \pm 19,2$ meses, no se observó ningún efecto adverso grave.

Caso	Sexo/Edad	Causa subyacente	Lateralidad	Dosis de esteroides IV (g)	Dosis máxima de prednisona oral (g)	Inmunosupresores convencionales	Terapia biológica	Efectos adversos
1	M/29	Idiopático	Unilateral	4	60	AZA	TCZ	No
2	M/26	Idiopático	Bilateral	5,5	30	AZA	TCZ	No
3	M/13	Idiopático	Bilateral	-	10	MTX	ADA	No
4	M/25	Idiopático	Bilateral	4	60	MTX	IFX, TCZ	No
5	M/24	Idiopático	Bilateral	0,5	60	MTX, AZA	ADA	No
6	V/14	Idiopático	Bilateral	-	10	MTX	ADA	No
7	M/30	Vasculitis ANCA+	Unilateral	3	60	AZA, MMF, LFM, CFM	RTX	Sí
8	V/21	Behçet	Bilateral	-	60	MTX, AZA	ADA	Náuseas Vómitos
9	V/25	Behçet	Unilateral	0,5	60	MTX, CyA	ADA	No
10	V/39	Behçet	Unilateral	3	80	MTX, MMF	IFX	No
11	V/40	Behçet	Unilateral	-	80	MMF	IFX	No
12	V/37	Behçet	Unilateral	-	60	CyA	IFX	No
13	M/68	NMO	Unilateral	2,5	30	CFM, AZA	RTX	No
14	M/41	NMO	Unilateral	3	60	CFM	RTX	Infección
15	M/43	NMO	Bilateral	5	60	AZA	RTX	Reacciones infusionales

16	M/56	LES	Unilateral	-	60	HCQ, MMF, CFM	RTX	No
17	M/47	LES	Unilateral	5	60	HCQ, MMF	RTX	No
18	M/43	Policondritis recidivante	Bilateral	3	60	MTX, CFM	IFX, TCZ	No
19	V/41	Sarcoidosis	Bilateral	3	40	AZA	ADA	No

Conclusiones: La terapia biológica puede ser efectiva para el tratamiento de NO atípica refractaria a tratamiento convencional.