



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 semanas, 1 mes, 3 meses, 6 meses 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 ($n = 4$). Despues 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. Despues 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.