



RC035 - RESPUESTA DE LAS ÚLCERAS ORALES Y/O GENITALES REFRACTARIAS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET AL APREMILAST EN COMBINACIÓN VS MONOTERAPIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 51 CASOS 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. Castellví⁶, 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. ³Departamento de enfermedad autoinmunes. Hospital Clínic.

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

Lluís Alcanyis. 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 Dermatología. 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: El apremilast (APR) ha demostrado eficacia en el tratamiento de las úlceras orogenitales en la enfermedad de Behçet (EB). Sin embargo, no se ha reportado su combinación con otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES). Nuestro objetivo fue comparar la eficacia y seguridad del APR en monoterapia vs combinación con otros FAMES en la EB refractaria.

Métodos: Estudio nacional multicéntrico de 51 pacientes con úlceras orales y/o genitales por EB refractarias al tratamiento convencional.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes (35 mujeres/16 hombres), edad media de $44,7 \pm 13,2$ años. Previo al APR, habían recibido varios tratamientos sistémicos convencionales. Las principales indicaciones para iniciar APR fueron úlceras orales en 19 casos, genitales en 2 y ambas en 30. Excluyendo el tratamiento con corticoides, colchicina o AINEs, APR se pautó a la dosis estándar de 30 mg/12 h en monoterapia en 31 pacientes, combinado con FAMES convencionales en 16 (6 azatioprina, 5 metotrexato, 4 hidroxiclороquina, 4 sulfasalazina, 1 dapsona) y combinado con FAMES biológicos en los 4 restantes (2 tocilizumab, 1 adalimumab, 1 infliximab). No se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas, terapia previa, manifestaciones clínicas ni efectos adversos. Tras una mediana de seguimiento de 6 [3-12] meses, la mayoría de los pacientes experimentaron una mejoría de las úlceras genitales (alrededor del 90% en las primeras 2 semanas) en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas (tabla).

Evolución de las úlceras orogenitales de la enfermedad de Behçet con apremilast en combinación vs monoterapia

| | 1-2 Semanas | | 4 Semanas | | 3 Meses | | 6 Meses | | 12 Meses | | 18 Meses | | 24 Meses | |
|--|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Evolución de úlceras orales/genitales n, (%) | C (n = 19) | M (n = 30) | C (n = 19) | M (n = 26) | C (n = 13) | M (n = 25) | C (n = 12) | M (n = 17) | C (n = 7) | M (n = 6) | C (n = 3) | M (n = 2) | C (n = 1) | M (n = 1) |
| | 8 (42,1) | 11 (36,7) | 12 (63,2) | 20 (77) | 10 (76,9) | 22 (88) | 7 (58,4) | 14 (82,4) | 3 (42,8) | 3 (50) | 2 (66,7) | 1 (50) | 1 (100) | 1 (100) |
| Resolución completa | 9 (47,4) | 16 (53,4) | 7 (36,8) | 3 (11,5) | 2 (15,4) | 0 | 5 (41,6) | 2 (11,7) | 4 (57,2) | 3 (50) | 1 (33,3) | 1 (50) | 0 | 0 |
| Resolución parcial | 2 (10,5) | 3 (9,9) | 0 | 3 (11,5) | 1 (7,7) | 3 (12) | 0 | 1 (5,9) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No respuesta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Valor p | 0,9 | | 0,1 | | 0,1 | | 0,1 | | 0,8 | | 0,7 | | 0,7 | |

C: combinado; M: monoterapia; n: datos disponibles.

Conclusiones: APR consigue una mejoría rápida y mantenida en la mayoría de los pacientes con úlceras orogenitales secundarias a EB refractarias. Además, su eficacia y seguridad parece similar tanto en monoterapia como en combinación con otros FAMEs.