



344 - EXPERIENCIA EN EL USO DE TOCILIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES AFECTOS DE ACG EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Jaume Mestre Torres², Patricia Marrero Álvarez¹, Ferran Martínez Valle², Cristina Nolla Fontana², Martí Mascaró Pol², Nerea Larrinaga Estebaran², Alfredo Guillén del Castillo² y Roser Solans Laqué²

¹Farmacia, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Describir la experiencia y la indicación de tocilizumab en una cohorte de pacientes afectados de arteritis de células gigantes (ACG) seguidos en un Servicio de Medicina Interna.

Métodos: Revisión retrospectiva de la cohorte de pacientes afectados de ACG. Se incluyeron variables clínicas y exploraciones complementarias y se evaluó el historial farmacoterapéutico. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados con mediana (rango intercuartílico) o proporciones.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, 17 (81,0%) mujeres, con una edad de 78,2 (72,4-80,4) años al diagnóstico. Todos los pacientes cumplían criterios clasificatorios ACR/EULAR. El tiempo mediano de seguimiento fue 6,0 (4,4-7,4) años tras el diagnóstico. En 6 (28,6%) había un diagnóstico previo de polimialgia reumática (PMR) antes de la sospecha de ACG. Se realizó biopsia de la arteria temporal (BAT) 12 pacientes, siendo diagnóstica en 8 (66,0%). En un único paciente se realizó una segunda BAT en el contexto de recaída, siendo esta diagnóstica. En 17 pacientes se realizó un Doppler de arterias temporales que mostró signo del halo en 7. Un caso fue indeterminado para el diagnóstico. Una PET/TC se realizó, al diagnóstico o durante el seguimiento, en 17 pacientes. En 13 (76,5%) se demostró hipermetabolismo de grandes vasos, en un paciente se evidenció un metabolismo similar al hepático y en 3 casos no se demostró vasculitis de grandes vasos. Quince (71,4%) pacientes presentaron ? 1 recaídas, con una mediana de recaídas de 2 (0-3). Todos los pacientes recibieron corticoides. Seis (28,6%) recibieron bolus de metiprednisolona y 17 (81,0%) recibieron metotrexate (dosis mediana de 15 (15-20) mg/semana), tras 4,4 (0-10,8) meses del diagnóstico. Los 4 pacientes que no recibieron metotrexate tenían contraindicación para este fármaco (dos con enfermedad pulmonar intersticial (EPI), uno con neoplasia activa y uno con filtrado glomerular < 30 ml/min). Los pacientes con EPI recibieron micofenolato por progresión pulmonar. Un paciente recibió leflunomida + metotrexate por artritis reumatoide. El inicio de tocilizumab fue después de otro inmunosupresor excepto en 2 pacientes (uno con neoplasia previa y uno con enfermedad renal), y tras 30,4 (12,4-51,2) meses del debut de la enfermedad. Todos los pacientes lo recibieron durante ? 12 meses. Los motivos del inicio de tocilizumab fueron: recaída tras uso de prednisona + inmunosupresor en 13 pacientes, corticodependencia (2), corticorefractariedad (2), enfermedad inflamatoria extensa (2), mala tolerancia a inmunosupresores (2) y por otras comorbilidades (1, artritis reumatoide refractaria a metotrexate y leflunomida). El tocilizumab fue bien tolerado, retirándose en un paciente por diverticulitis. Se objetivó leucopenia (n = 1) e hipofibrinogenemia (n = 2). Un paciente presentó una recaída estando con tocilizumab en monoterapia. Cuatro pacientes presentaron recaída tras la retirada del tocilizumab. Tres pacientes fueron *exitus* durante el seguimiento tras 4,7, 6,4 y 12,0 años del diagnóstico. Las causas de fallecimiento fueron: progresión de la

EPI, neoplasia biliar y taponamiento cardíaco multifactorial.

Conclusiones: La indicación de tocilizumab en pacientes afectos de ACG fue mayoritariamente por recaída de la enfermedad. Todos los pacientes sin contraindicaciones para metotrexate recibieron dicho fármaco antes de iniciarse el tocilizumab. Tras la retirada del tocilizumab 4 (19,0%) pacientes presentaron nuevas recaídas.