



IF-094 - USO DE LA MEPACRINA EN PACIENTES CON LUPUS

R. Torres¹, K. García-Roulston¹, F. Mitjavila¹, A. Talavera², I. Figueras², J. Narváez³, O. Capdevila¹ y X. Corbella¹

¹Medicina Interna, ²Dermatología, ³Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospital de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Objetivos: En las últimas décadas se ha reintroducido la mepacrina para el tratamiento de las lesiones cutáneas en LES en casos refractarios o en los que la HCQ está contraindicada puesto que la principal ventaja respecto a esta última es que no se asocia a toxicidad macular. **Objetivo:** evaluar la respuesta clínica del tratamiento con quinacrina sola o en combinación con hidroxicloroquina en pacientes con lupus cutáneo (LC) o lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva 53 pacientes con lupus cutáneo (LC) o sistémico (LES) a los que se había añadido mepacrina al tratamiento para control de la afectación cutánea o articular. Se recogieron diversas variables clínicas, analíticas y de respuesta, utilizando la escala SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Activity Index) al inicio del tratamiento y a los 6, 12 meses y al finalizar la recogida de datos. La variable final de respuesta se estratificó en respuesta completa, parcial o no respuesta. Además se recogieron los efectos adversos del tratamiento. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 20.0.

Resultados: La edad media de los pacientes al inicio de la mepacrina fue de 39 años (DE 24,9). La mediana de evolución del lupus al inicio de la mepacrina fue de 42,6 meses y el tiempo de tratamiento con mepacrina fue de 8,1 meses (0-36 meses). El 84% de los pacientes eran mujeres y el 43% eran fumadores. El 56% (30) de los pacientes presentaban sólo LC. En la mayoría de pacientes la indicación de inicio de tratamiento fue por afectación cutánea (81,1%), 10 (18,9%) asociaban afectación articular y sólo en 2 pacientes la indicación fue por afectación exclusivamente articular. El tipo de afectación cutánea más frecuente fue lupus discoide (56,9%), seguido de lupus cutáneo subagudo (27,5%). El principal motivo de inicio de mepacrina fue la falta de respuesta a la HCQ (77,4%). La dosis utilizada fue de 100 mg en un 79,2% y de 200 mg en un 20,8%. La mayoría de pacientes recibieron mepacrina asociada a otros fármacos, 73% a HCQ, 37% a prednisona y 28,3% a otros inmunosupresores, más frecuentemente micofenolato (11,3%) o metotrexato (11,3%). Sólo 8 pacientes (15,1%) se utilizó en monoterapia. Evaluamos la respuesta en 41 pacientes, de los cuales 14 (35%) presentaron respuesta completa, 24 (57%) respuesta parcial y 3 (5,8%) no respondieron al tratamiento. En 12 pacientes (22,6%) no pudo evaluarse la respuesta por haber recibido menos de 3 meses de tratamiento (2,5 meses). El índice SLEDAI mejoró de forma significativa tanto a los 6 como a los 12 meses ($p < 0,001$). Sólo un 17,2% de los pacientes presentó algún efecto adverso, siendo la mayoría a nivel gastrointestinal (11,5%) o toxicodermia (3,8%). Sólo un caso presentó hepatitis tóxica (1,9%). La presencia de efectos adversos obligó a suspender el tratamiento en sólo 5 pacientes (9,6%). Todos los pacientes presentaron coloración amarillenta de la piel. No hubo

diferencias significativas en cuanto a la respuesta en relación a tabaquismo afectación articular o cutánea, tipo de afectación cutánea, dosis de mepacrina o tratamiento asociado a hidroxicloroquina.

Discusión: En nuestra cohorte de pacientes la mepacrina ha demostrado ser un fármaco útil para el tratamiento de la afectación cutánea o articular en los pacientes con Lupus, con una tasa de respuesta global del 92,5%. Es además un fármaco seguro con un bajo porcentaje de efectos adversos y en la mayoría de casos son leves y no obligan a suspender la medicación. El mayor inconveniente es el tinte amarillento que adquiere la piel y que puede ser un factor limitante para su uso a largo plazo en las pacientes con lupus.