

Calvo-Gutiérrez Jerusalem^{1,2,3}, Rafaela Ortega-Castro^{1,2,3}, M. Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Francisco J Cepas^{1,3}, Desiree Ruiz^{1,2},
Marta Rojas-Giménez^{1,2,3}, María Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Clementina López-Medina^{1,2,3}

1.UGC de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía; 2.Instituto de investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); 3.Universidad de Córdoba (UCO).

INTRODUCCIÓN

El factor reumatoide (FR) es un anticuerpo contra la porción Fc de IgG que forma complejos inmunitarios que contribuyen al desarrollo de la artritis reumatoide (AR). El FR también se une a la región Fc de muchos anticuerpos monoclonales (mAB), lo que conduce a tener niveles más bajos de fármaco y a una posible suspensión temprana del mismo. Por el contrario, la ausencia de la porción Fc en Certolizumab Pegol (PEG) puede conducir a una mayor tasa de retención en comparación con otros fármacos en pacientes con AR con títulos de FR más altos.

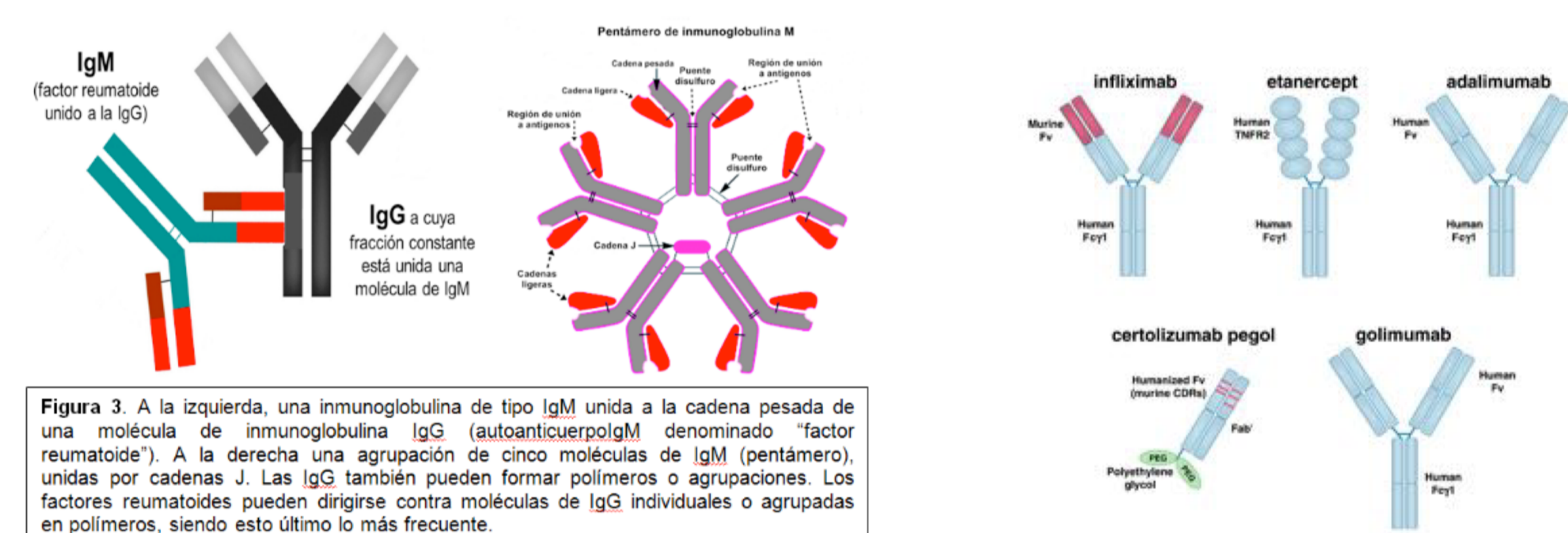


Figura 3. A la izquierda, una inmunoglobulina de tipo IgM unida a la cadena pesada de una molécula de inmunoglobulina IgG (autoanticuerpo) denominado "factor reumatoide". A la derecha una agrupación de cinco moléculas de IgM (pentámero), unidas por cadenas J. Las IgG también pueden formar polímeros o agrupaciones. Los factores reumatoides pueden dirigirse contra moléculas de IgG individuales o agrupadas en polímeros, siendo esto último lo más frecuente.

OBJETIVOS

- Evaluar la tasa de retención a cualquier anti-TNF según los niveles basales de títulos de FR en pacientes con AR
- Comparar la tasa de retención a PEG versus otros anti-TNF en pacientes con títulos elevados de FR.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio longitudinal, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes con diagnóstico de AR tratados con alguno de los tres tipos de anti-TNF: mAB (Adalimumab, Golimumab e Infliximab), proteína de fusión (Etanercept) o PEG (Certolizumab Pegol)) entre 2007 y 2022.
- Se recogieron los niveles de FR antes del inicio del anti-TNF así como las fechas de inicio y retirada del tratamiento. Se realizó Test log-rank test y curvas de Kaplan-Meier para evaluar la tasa de retención del tratamiento en pacientes FR positivo versus FR negativo, y entre FR < 110 UI/ml vs FR ≥ 110 UI/ml (considerando la mediana del título de FR (110 UI/ml) como punto de corte). Además, se comparó la tasa de retención de cada estructura molecular en pacientes con títulos altos de FR (≥110 UI/ml).

RESULTADOS

- Se incluyeron un total de 356 pacientes con AR tratados con anti-TNF. La edad media fue de 52,0 (11,2) años y el 80,1% eran mujeres. Un total de 254 (71,3%) fueron FR positivos.
- La tasa de retención a cualquier anti-TNF fue similar en pacientes FR- frente a FR+ (mediana de 4,30 frente a 3,91 años, valor de p 0,580). Sin embargo, considerando títulos elevados de FR, aquellos con FR basal ≥110 UI/ml mostraron una menor tasa de retención en comparación con FR <110 UI/ml (mediana 2,78 vs. 6,13 años, p=0,020) (Figura 1).
- En pacientes con títulos altos de FR (FR ≥110 UI/ml), se encontró una mayor tasa de retención con PEG en comparación con la proteína de fusión y con mAB, aunque estas diferencias no fueron significativas (mediana 4,08 en PEG, 2,33 en proteína de fusión y 1,24 en mAB, respectivamente; p=0,460) (Figura 2).

Figura 1. Tasa de retención a cualquier anti-TNF según los títulos de FR

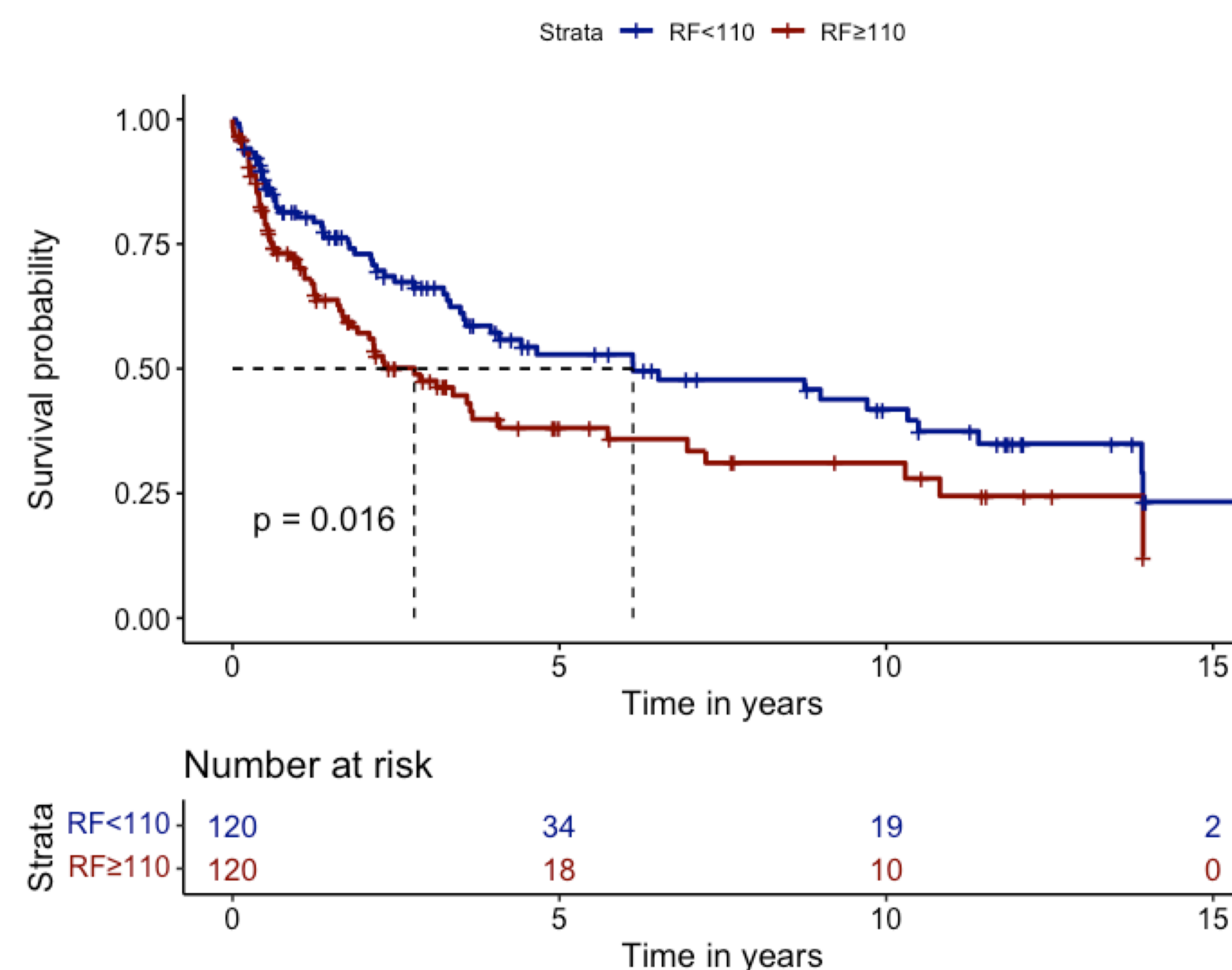
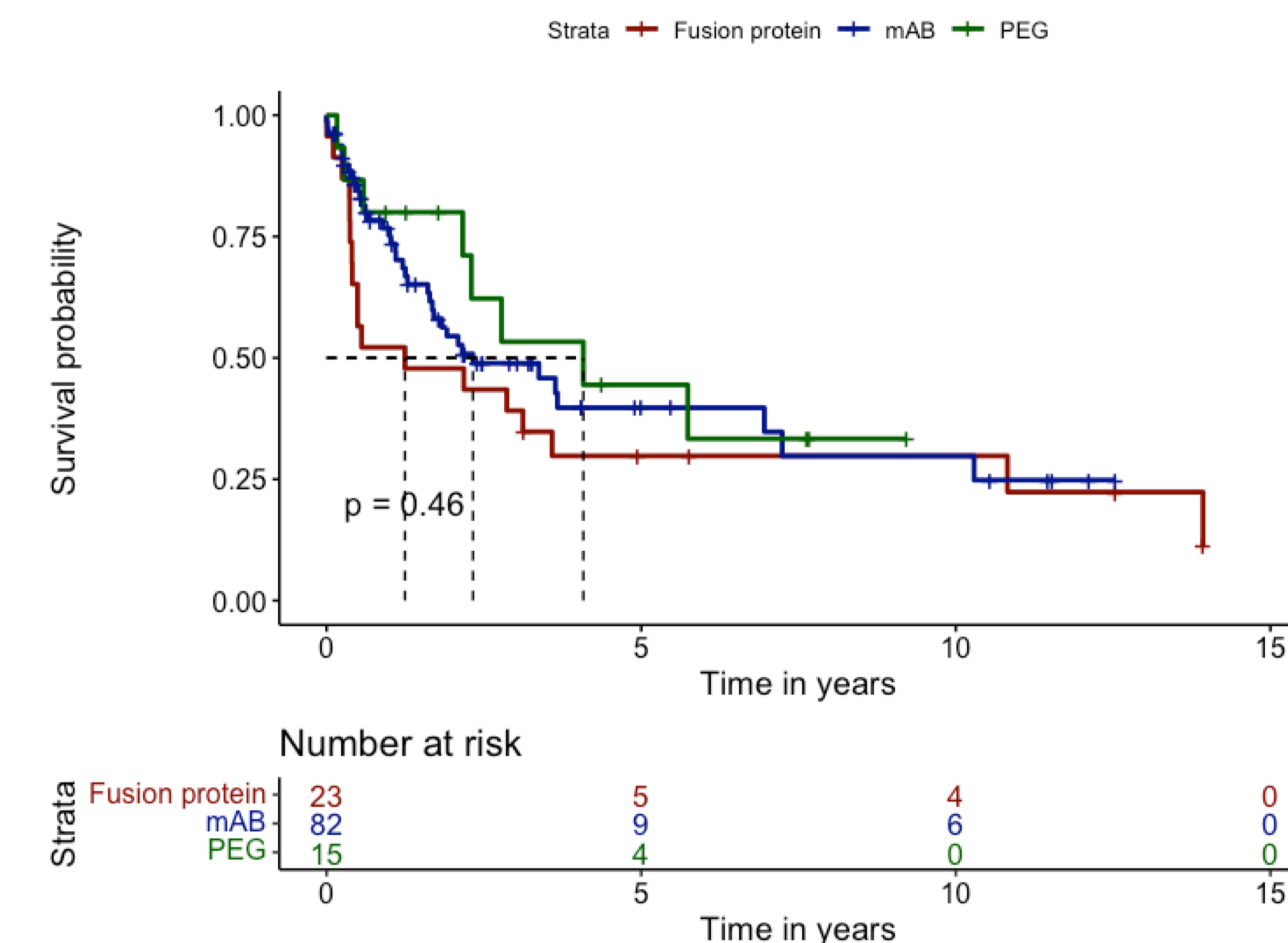


Figura 2 tasa de retención de cada estructura molecular en pacientes con niveles de títulos elevados (≥110 UI/L).



CONCLUSIONES

En pacientes con AR, los títulos más altos de FR antes del inicio del anti-TNF se asociaron con una tasa de retención más corta del anti-TNF. Sin embargo y aunque no se encontraron diferencias entre las estructuras moleculares, los pacientes tratados con PEG parecen tener una mayor tasa de retención. Estos resultados confirmarían el posible efecto del FR en la unión de la porción Fc del anticuerpo monoclonal del fármaco