

EADV 2024

European Academy of Dermatology and Venereology

Actualización en datos del mundo real sobre terapia sistémica avanzada en pacientes con dermatitis atópica

Marjolein de Bruin-Weller



Ámsterdam - Países Bajos



2024 EADV



Ánisis y síntesis elaborados por el staff médico de Circle Press a partir de su presencia en el European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) 2024, realizado en Ámsterdam, Países Bajos

Actualización en datos del mundo real sobre terapia sistémica avanzada en pacientes con dermatitis atópica

Marjolein de Bruin-Weller

Centro Médico Universitario de Utrecht, Utrecht, Países Bajos

Los datos de mundo real son sumamente importantes para complementar los datos de los ensayos clínicos y una fuente interesante es el registro holandés BioDay, comenzado en 2017 y que evalúa la efectividad y seguridad de las terapias sistémicas avanzadas en pacientes con dermatitis atópica (DA) moderada-grave en la práctica cotidiana.¹ El BioDay es un registro prospectivo, multicéntrico, que lleva a la fecha más de 2000 pacientes en 18 centros de los Países Bajos y que evalúa la actividad de la enfermedad sobre la base de resultados reportados por los pacientes o PROs (*patient reported outcomes*), biomarcadores como IgE y CCL17 y comorbilidades atópicas. Una de las publicaciones recientes de este registro da cuenta de la efectividad sostenida de dupilumab, un anticuerpo monoclonal contra el receptor IL-4 α que bloquea la IL-4 y la IL-13, para el control de la enfermedad y la mejoría del prurito en pacientes adultos a

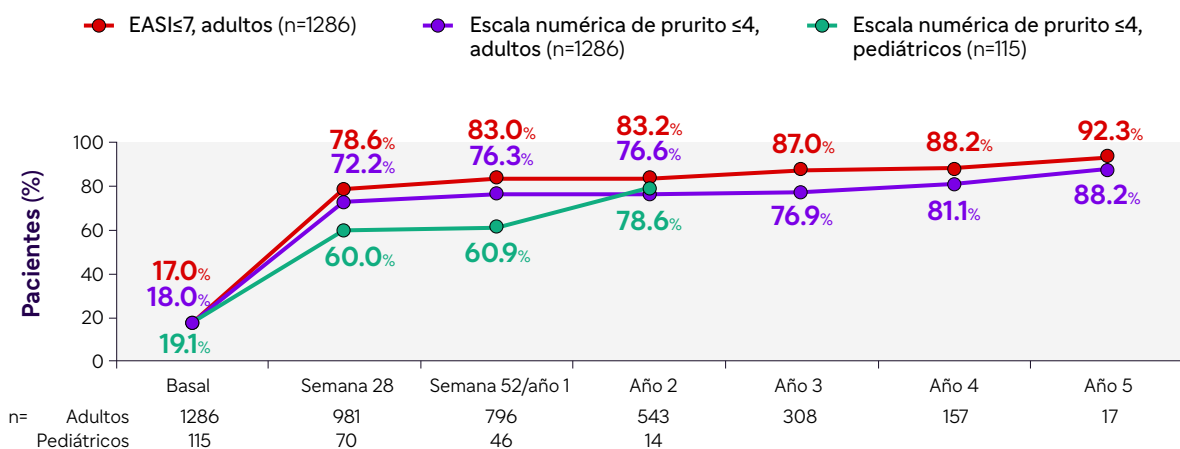
5 años de seguimiento y en pacientes pediátricos a 2 años de seguimiento. Se observó una mejoría progresiva del control de la enfermedad hasta alcanzar casi al 90% de los pacientes al quinto año de evaluación (**ver Cuadro 1**), con una frecuencia de discontinuación por ineffectividad o eventos adversos de tan solo un 10% en la población adulta y un 6% en la población pediátrica.² Los datos para tralokinumab, un anticuerpo monoclonal anti-IL-13, llegan actualmente a solo 28 semanas de seguimiento, con buen control de la enfermedad en alrededor del 75% de los pacientes y del prurito en el 50%, pero es de destacar que muchos de estos pacientes no habían respondido previamente a dupilumab, por lo que podrían representar pacientes de más difícil manejo. La frecuencia de discontinuación de tralokinumab en esta cohorte fue del 27.4%.³

En cuanto a los inhibidores de la quinasa Janus, baricitinib, el primero disponible en el mercado para el manejo de la DA, mostró en este registro un 56% de efectividad a 16 semanas, con una alta tasa de discontinuación, principalmente por ineffectividad. No obstante, la mayoría de los pacientes que recibieron baricitinib en este registro habían fracasado previamente al tratamiento con dupilumab y algunos también a tralokinumab, por lo que nuevamente podrían representar fenotipos de la enfermedad más resistentes al tratamiento.⁴ Es interesante mencionar que los pacientes que recibieron upadacitinib, que en su mayoría no habían respondido a distintas terapias previas (algunos a múltiples terapias), presentaron una alta frecuencia de control de la enfermedad, que llegó a casi el 75% a las 16 semanas. La tasa de discontinuación de upadacitinib fue del 29%, más frecuentemente por eventos adversos que por ineffectividad.⁵ Los datos disponibles son similares para abrocitinib, con pacientes que fracasaron a terapias previas y que alcanzaron respuesta terapéutica en 2 de cada 3 casos hasta la semana 28 y con una frecuencia de discontinuación que estuvo en el orden del 30%, principalmente a causa de ineffectividad.⁶

Respecto de los biomarcadores, este registro mostró que CCL17, un importante biomarcador en DA, disminuyó de manera significativa en los pacientes tratados con dupilumab o tralokinumab, en tanto que se mantuvo estable o aumentó en los pacientes tratados con inhibidores de quinasa Janus, pese a las buenas respuestas clínicas.⁷ A la fecha, se desconoce qué impacto puede tener esta diferencia en términos de CCL17, lo que abre la puerta a un interesante campo de estudio. Los datos de IgE son similares, con una caída significativa de aquella con los tratamientos biológicos anticitoquinas, especialmente con dupilumab,^{8,9} en tanto que un estudio japonés mostró aumento de IgE en pacientes tratados con upadacitinib.¹⁰ Este descenso de IgE se asoció a un mejor control de asma comórbido en pacientes pediátricos con DA tratados con dupilumab en el registro BioDay, así como a la caída de los valores de IgE contra alérgenos alimentarios específicos.¹¹ Asociado a este descenso de IgE, se encontró una caída de linfocitos B de memoria específicos tipo 2 con el tratamiento con dupilumab, lo que resalta que, probablemente, la supervivencia de estos esté mediada por la IL-4, por lo que su depleción podría modificar el desarrollo de comorbilidades atópicas en niños tratados tempranamente, deteniendo así la “marcha atópica”.

El dupilumab demostró mejoría sostenida en medidas de gravedad de la enfermedad en pacientes adultos con dermatitis atópica a 5 años de tratamiento y en pacientes pediátricos a 2 años de tratamiento

Cuadro 1



EASI: Eczema Area and Severity Index.

Adaptado de Boesjes CM, et al. JAMA Dermatol. 2024;e242517.

En conclusión, estos datos del mundo real demuestran la efectividad de todas las terapias sistémicas avanzadas disponibles para el manejo de la DA y también ponen de manifiesto la mejoría, en términos de biomarcadores y de comorbilidades atópicas, en aquellos tratados con dupilumab, con un posible efecto modificador de la enfermedad sobre la marcha atópica.

Referencias

1. de Graaf M. *ESPD*. 2024. Oral Presentation.
2. Boesjes CM, et al. *JAMA Dermatol*. 2024;e242517.
3. de Bruin-Weller M. Datos propios de registro BioDay aún no publicados.
4. Boesjes CM, et al. *Acta Derm Venereol*. 2022;102:adv00820.
5. Boesjes CM, et al. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:adv00872.
6. Kamphuis E, et al. *Acta Derm Venereol*. 2024;104:adv19454.
7. Boesjes CM, et al. *Clin Exp Allergy*. 2024;54:294-296.
8. Paller AS, et al. *SID*. 2022. Poster.
9. Guttman-Yassky E, et al. *Allergy*. 2024;79:1560-1572.
10. Hagino T, et al. *Front Immunol*. 2024;15:1365544.
11. van der Rijst LP, et al. *Pediatr Allergy Immunol*. 2024;35:e14178.



Revista de divulgación científica, de distribución gratuita y dirigida a profesionales de la salud.

Los datos y resultados presentados en este material se obtuvieron de una conferencia médica. La información resumida puede ser preliminar y estar sujeta a cambios. Los datos presentados se incluyen solo para la capacitación del médico, y la información tiene fines exclusivamente educativos. Las opiniones de este artículo pertenecen a los autores y conferencistas, y no reflejan recomendaciones o sugerencias del laboratorio patrocinante. Resumen elaborado por el staff médico de Circle Press a partir de su presencia en el congreso. Imagen de tapa: shutterstock.com



sanofi

Material de propiedad exclusiva de Sanofi dirigido al profesional de la salud que prescribe y dispensa. Es estrictamente prohibido compartir este material con terceros.

Para más información, comunicarse con el departamento médico. En Colombia: Sanofi-Aventis de Colombia S.A. Transversal 23 N° 97-73 - Edificio City Business. Piso 8. Bogotá D.C. Tel.: 621 4400- Fax: 744 4237 infomedica.colombia@sanofi.com **DUPIXENT® 300 mg** Registro Sanitario INVIMA 2019MBT-0018801 y **DUPIXENT® 200 mg** Registro Sanitario INVIMA 2019MBT-0019104. **En Bolivia, Centro América y Caribe:** Sanofi-Aventis de Panamá S.A. Torre Evolution, piso 26, Calle 50 y Av. Aquilino de la Guardia Obarrio- Ciudad de Panamá, República de Panamá Tel.: (507) 382-9500 - infomed.pac@sanofi.com. Sitio web: <http://www.sanofi.com.pa/l/pa/sp/index.jsp>

Para reportes de eventos adversos: En todo Caribe, Centroamérica, Ecuador y Bolivia: drugs.camwi@sanofi.com
Colombia: Farmacovigilancia.colombia@sanofi.com Ver información de prescripción en el QR adjunto al presente material.



MAT-CO-2404299