

DUPIXENT
(dupilumab)

Imágenes de pacientes generadas por inteligencia artificial.

sanofi



DESAFÍO DUAL

Abordando el paciente comórbido de vía aérea única

Dra. Marina Blanco (Moderadora)

Complejo Hospitalario U. de La Coruña

Dr. Juan Luis García

Hospital U. Marqués de Valdecilla

Dr. Juan Maza

Hospital U. Virgen Macarena



CASO CLÍNICO

Presentación del paciente

Caso clínico



- 45 años
- No fumador
- Casa de campo. No mascotas.
- Propietario gasolinera
- No HTA ni DM ni DLP.
- Debut asma abril 2019. Ingreso en Nov 2019 y Feb 2020.
- Inicia seguimiento en NML privado.
- En tto desde entonces con BDP/FOR 200: 2-0-2, Umeclidinio y ARLT.
- Toma de prednisona casi cada mes por tandas.
- Uso de SABA frecuente, con dispensación de un cartucho cada dos meses aprox.

Caso clínico



- Comorbilidad:
 - RSCcPN: Clínica de rinosinusitis persistente grave con hiposmia desde "siempre", con congestión nasal matutina.
- Antecedentes familiares:
- Padre AGE corticodependiente en tto con Benralizumab (retirado OCS).
- Hijo asma no grave alérgico controlado.

Caso clínico



- FEV1: 62%; FVC: 73%
- Eos: 700 cel/mm³
- AAT: PiMM
- IgG, M, A: normal
- IgE 211 IU/ml; IgE Caspa De Gato 0.71 KUA/L; IgE Caspa De Perro 0.2 KUA/L; IgE D. Pteronyssinus 2.9 KUA/L; IgE Phleum Pratense (Hb T) 9.9 KUA/L
- TAC senos:
 - Cavidad nasal: tabique nasal ligeramente desviado hacia la izquierda con morfología en "C" invertida. Sin evidencia de perforaciones de tabique nasal. Gran ocupación de fosas nasales por pólipos.
 - Senos frontales/tractus de drenaje: ocupados.
 - Celdillas etmoidales: ocupación bilateral.
 - Senos maxilares/infundíbulos: completamente ocupados con abombamiento de su pared medial hacia el meato medio. Ocupación de complejo osteomeatal.
 - Senos esfenoidales/ostiums: ocupación parcial, con ocupación de ostiums. Diagnóstico: Extensa rinosinusitis crónica con puntuación de 22 en escala de LM.
- TAC TÓRAX: No bronquiectasias. Engrosamientos peribronquiales con tapones mucosos.

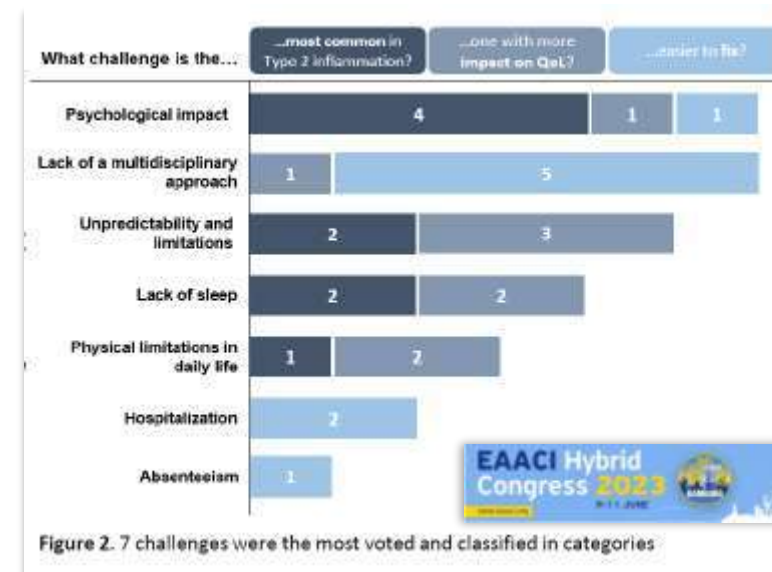


¿Cómo viven los pacientes con enfermedades iT2?

¿Cómo lo viven los pacientes con enfermedades iT2?

¿Qué necesidades no cubiertas tienen en común los pacientes españoles con enfermedades iT2¹?

- La más frecuentemente citada: el impacto psicológico.
- Las que tienen más impacto en la CdV: impredecibilidad de la patología, falta de sueño y limitaciones físicas relacionadas con la patología
- La más fácilmente manejable: la falta de un abordaje multidisciplinar.



1. Ad board con 9 representantes de 8 asociaciones de pacientes españolas con enfermedades iT2.: Asociaciones de pacientes: La Asociación de Dermatitis Atópica (AADA), la Asociación de Urticaria Crónica (AAUC), la Asociación de Pacientes Respiratorios Crónicos (A tot pulmó), la Asociación Española de Esofagitis Eosinofílica (AEDESEO), la Asociación Española de Personas con Alergias a Alimentos y Látex (AEPNAA), la Asociación Española de Poliposis Nasal (AEPONA), la Asociación Española de Enfermos y Cuidadores de EPOC (EPOC España) y la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y Enfermedades Respiratorias (FENAER). Garcia-Vitoria M et al. Poster TP-C252. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). Hamburgo 9-11 junio 2023.

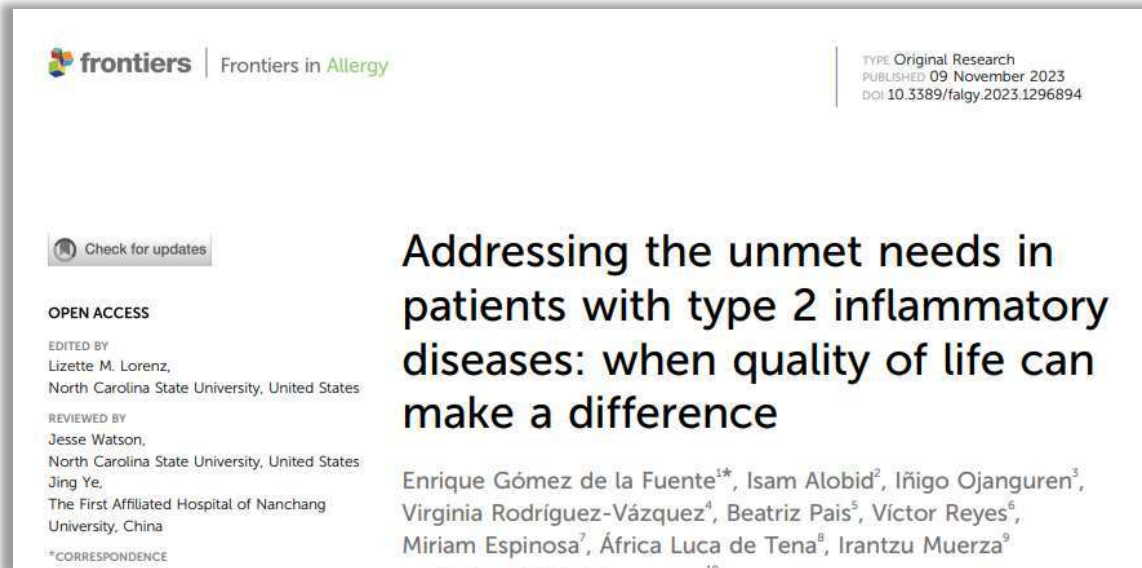
iT2: inflamatorias T2

¿Cómo lo viven los pacientes con enfermedades iT2?



ENCUESTA A 345 PACIENTES ESPAÑOLES CON PATOLOGÍAS IT2 (59% con ≥ 2 patologías)¹.

- 29 preguntas sobre diagnóstico, medidas de CdV, gravedad de la enfermedad, utilización de los recursos sanitarios y calidad de la atención.



- A mayor gravedad de la manifestación de la enfermedad, mayor impacto en todas las dimensiones de la CdV.
- La coexistencia de 2 \geq patologías iT2, independientemente de la gravedad de la enfermedad, disminuye la CdV.
- Alta utilización de recursos sanitarios públicos: el 35% con retraso en el diagnóstico, y el 63% visitaron a más de tres especialistas.

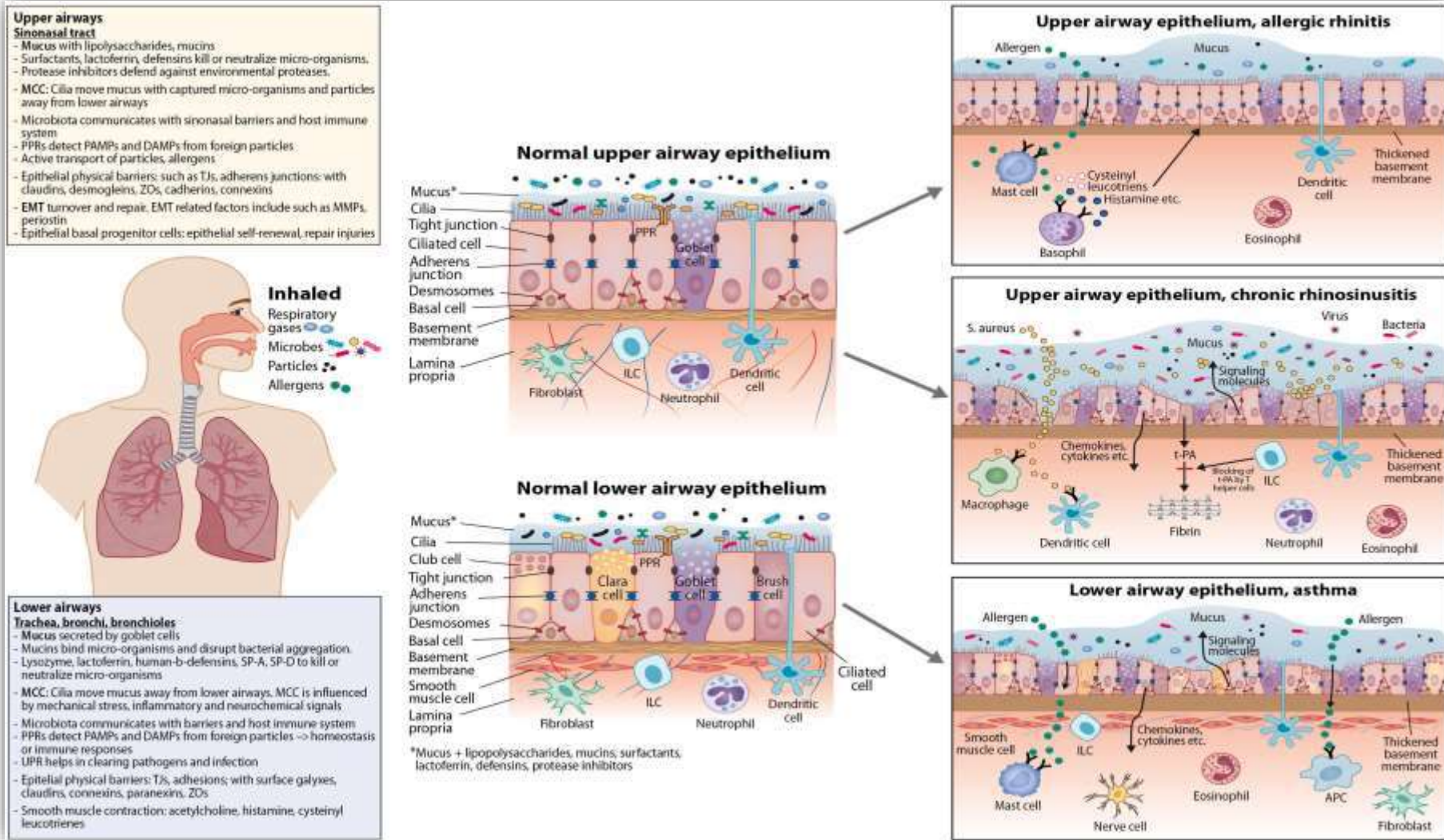
Teniendo en cuenta el impacto significativo en la CV, un enfoque multidisciplinar integrado en los nuevos protocolos de atención médica tiene el potencial de mejorar el manejo de los pacientes y la calidad de vida, acortar el tiempo de diagnóstico y reducir la salud de los pacientes.

1. Encuesta anónima enviada a través de asociaciones de pacientes (mayo-junio 2023), co-diseñada por los miembros de asociaciones de pacientes (8 asociaciones*), profesionales de la salud y expertos en calidad asistencial.*Asociaciones de pacientes: La Asociación de Dermatitis Atópica (AADA), la Asociación de Urticaria Crónica (AAUC), la Asociación de Pacientes Respiratorios Crónicos (A tot pulmó), la Asociación Española de Esofagitis Eosinofílica (AEDESEO), la Asociación Española de Personas con Alergias a Alimentos y Látex (AEPNAA), la Asociación Española de Poliposis Nasal (AEPONA), la Asociación Española de Enfermos y Cuidadores de EPOC (EPOC España) y la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y Enfermedades Respiratorias (FENAER). Gómez de la Fuente et al.. *Front. Allergy* 4:1296894.doi: 10.3389/falgy.2023.1296894

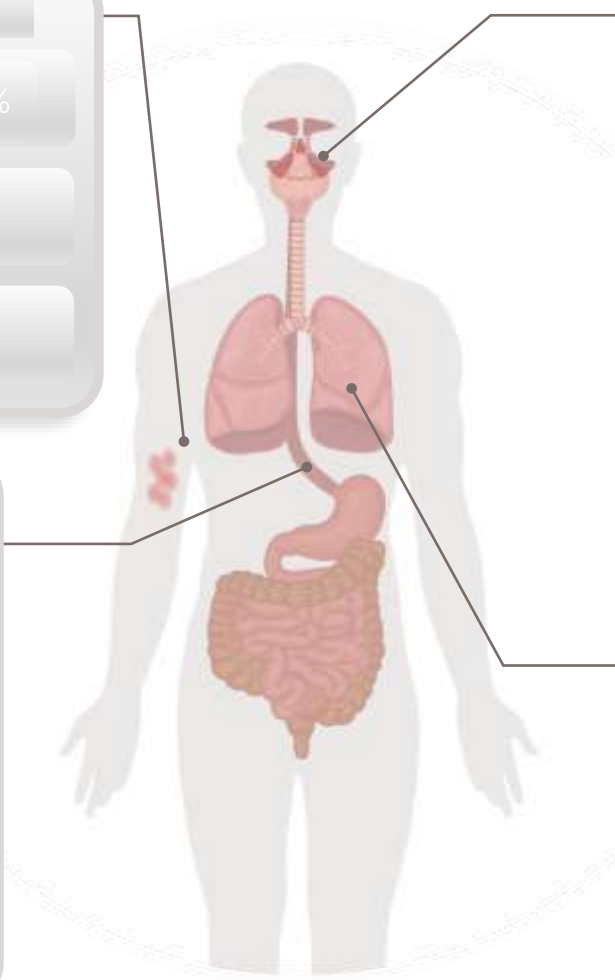


¿Por qué hablamos de una
vía área única?

Las vías respiratorias superiores e inferiores están conectadas anatómicamente y son inmunológicamente similares¹



Las patologías iT2 suelen coexistir



Dermatitis atópica	
Allergic rhinitis ^{1,2}	~17%-63%
Asthma ^{1,2}	~25%-54%
Food allergies ^{1,2}	~11%-40%

Prurigo Nodularis	
Atopic dermatitis	Up to 46%
Allergic rhinitis ⁴	~29%
Asthma ⁴	~20%

Esofagitis eosinofílica	
Allergic rhinitis ⁵	~57%-70%
Food allergies ⁵	~24%-68%
Asthma ⁵	~27%-60%
Atopic dermatitis ⁵	~6%-46%

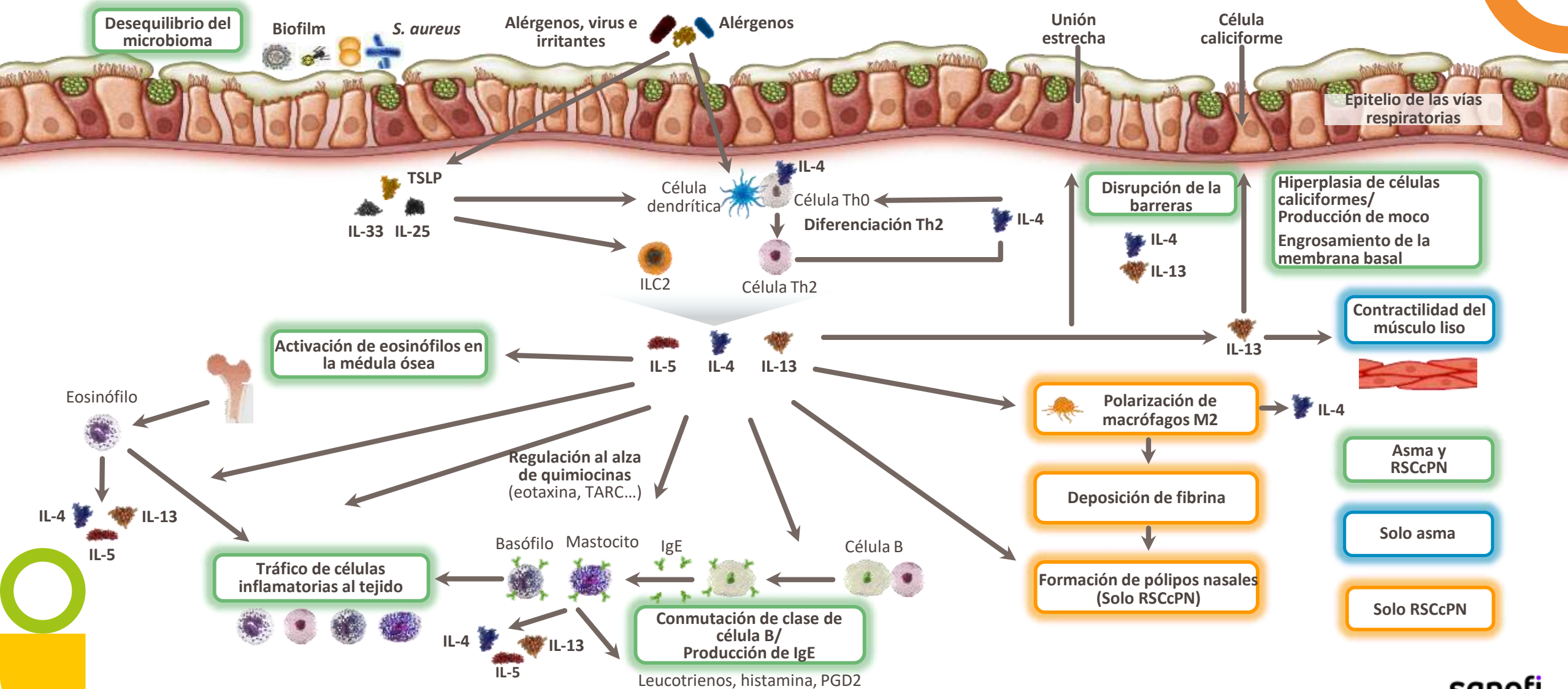
RSCcPN (CRSwNP)	
Allergic rhinitis ⁶⁻⁸	~53%-76%
Asthma ⁶⁻⁸	~46%-56%
NSAID-ERD/AERD ^{9,10}	~10%-16%
Atopic dermatitis ^{6,8}	~9%-17%

Asma	
Allergic rhinitis ¹¹⁻¹³	~50%-62%
CRSwNP ¹¹⁻¹³	~7%-35%
NSAID-ERD/AERD ^{9,12}	~15%-22%*
Atopic dermatitis ^{11,13}	~10%-36%

*Reported percentages are in patients with severe asthma

1. Davis DMR, et al. J Am Acad Dermatol. 2022;86(6):1335-1336.e18. 2. de Bruin-Weller M, et al. J Dermatolog Treat. 2021;32(2):164-173. 3. Kwon CD, et al. Medicines (Basel). 2019;6(4):97. 4. Pereira MP, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(10):2373-2383. 5. Capucilli P, Hill DA. Clin Rev Allergy Immunol. 2019;57(1):111-127. 6. Khan A, et al. Rhinology. 2019;57(1):32-42. 7. Benjamin MR, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019;7(3):1010-1016. 8. Khan AH, et al. Eur Respir J. 2020;56(suppl 64):232. 9. Rajan J, et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;135(3):676-681.e1. 10. Stevens WW, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5(4):1061-1070.e3. 11. Wang E, et al. Chest. 2020;157(4):790-804. 12. Maio S, et al. Allergy. 2018;73(3):683-695. 13. Shaw DE, et al. Eur Respir J. 2015;46(5):1308-1321.

IL-4 e IL-13 son citocinas clave y centrales en la fisiopatología de las enfermedades inflamatorias de las vías respiratorias tipo 2¹⁻⁵





¿Qué nos dicen las guías Clínicas/Consensos?

Identificación de patologías T2 coexistentes & abordaje multidisciplinar

Abordaje multidisciplinar de la vía respiratoria única y escalones terapéuticos (GEMA 5.3)



7.2 Diagnóstico y evaluación

Ante la sospecha de AGNC, es recomendable realizar una evaluación sistemática, preferiblemente en centros o unidades especializadas en asma, mediante un abordaje multidisciplinar, siguiendo un algoritmo diagnóstico de decisión secuencial por pasos^{6,18-21} (fig. 7.1).

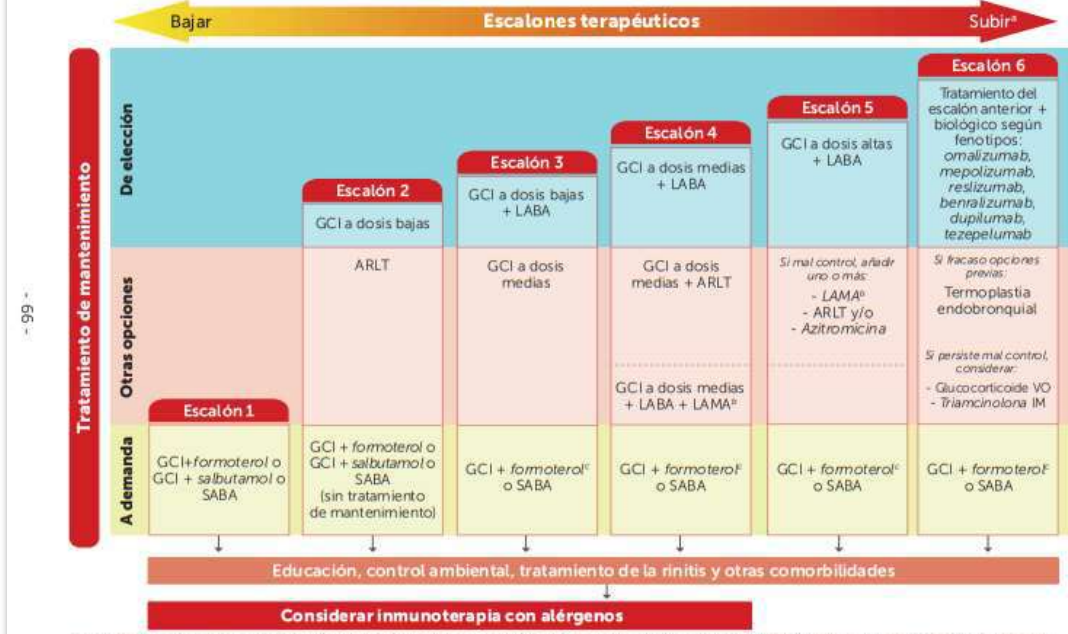
C

Dicho abordaje multidimensional ha mostrado buenos resultados clínicos y ser coste-efectivo²²⁻²⁴.

C

Recomendaciones

6.1. Se recomienda clasificar la rinitis alérgica en función de su duración en intermitente y persistente, y en función de su gravedad, en leve, moderada y grave.	R1
6.2. El diagnóstico de rinitis se establece por criterios clínicos y pruebas de alergia.	R1
6.3. En un paciente con asma se debería investigar la presencia de rinitis y rinosinusitis crónica con poliposis nasal y viceversa, para planificar una estrategia de tratamiento integral.	R1



*Has confirmar la correcta adherencia terapéutica y empleo del inhalador/es. LAMA: isotropo o glicopironio. Se puede utilizar GCI + formoterol a demanda cuando también se utilice esta combinación de mantenimiento.

FIGURA 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: glucocorticoide inhalado; LABA: agonista β_2 adrenérgico de acción prolongada; SABA: agonista β_2 adrenérgico de acción corta.

Abordaje multidisciplinar de la vía respiratoria única y escalones terapéuticos (POLINA 2.0)

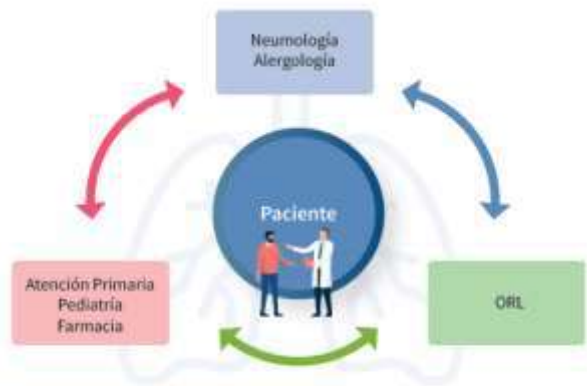


Figura 20.2. Manejo multidisciplinar de la VRU

La vía respiratoria es un ámbito común entre varias especialidades médicas. Idealmente los diferentes especialistas implicados (neumólogos, alergólogos, especialistas en Otorrinolaringología, médicos de Atención Primaria o de Familia, pediatras y también farmacéuticos) deberían colaborar en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento para conseguir un manejo integral de estos pacientes.

ORL: Otorrinolaringología; VRU: vía respiratoria única.

Fuente: adaptado de Brożek JL, et al. J Allergy Clin Immunol. 2017 Oct;140(4):950-8⁵.

GUÍA POLINA

CAPÍTULO 20. DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA E INTERRELACIÓN ENTRE DIFERENTES ESPECIALISTAS

Recomendaciones

<p>20.1 El concepto de la VRU implica la necesidad de un tratamiento integral. La falta de tratamiento de una rinitis/rinosinusitis se asocia al frecuente mal control del asma y viceversa, el tratamiento de la rinitis/rinosinusitis se asocia a un mejor control del asma.</p>	B
<p>20.2 En RSCcPN, con o sin asma, debe evaluarse la presencia de marcadores clínicos de gravedad de la inflamación tipo 2, como la coexistencia de asma, el inicio tardío de la enfermedad, la pérdida de olfato, la presencia de EREA, la corticodependencia o la recidiva posquirúrgica, especialmente en la selección para un tratamiento biológico.</p>	C
<p>20.3 El tratamiento integral de la VRU requiere un abordaje multidisciplinar (principalmente otorrinolaringólogos, alergólogos y neumólogos) y una recogida común de datos en el manejo de los pacientes con RSCcPN, con o sin asma.</p>	D

Escalones terapéuticos para tratamiento de la RSCcPN			
Gravedad	Leve	Moderada	Grave
Síntomas → y/o calidad de vida →	EVA (0-3 cm) y/o SNOT-22 (18-20)	EVA (> 3-7 cm) y/o SNOT-22 (> 20-50)	EVA (> 7-10 cm) y/o SNOT-22 (> 50)
Tratamiento de elección			ESCALÓN 3 Paciente parcialmente controlado o no controlado ¹ (3-6 meses): ● Cirugía endoscópica nasosinusal ²
Otras opciones terapéuticas		ESCALÓN 2 Paciente parcialmente controlado o no controlado ¹ (3-6 meses): ● Tanda corta de corticoides sistémicos/orales ³	ESCALÓN 4 Paciente parcialmente controlado o no controlado ¹ al escalón 3 (6 meses): ● Biológicos ⁴
Tratamiento de base	ESCALÓN 1 Corticoides intranasales ⁵ + lavados nasales con suero salino ⁶	Corticoides intranasales ⁵ + lavados nasales con suero salino ⁶	Corticoides intranasales ⁵ + lavados nasales con suero salino ⁶

* Paciente: educación, adecuada aplicación de corticoides intranasales y participación en toma de decisiones terapéuticas.
 † Control de la eficacia y seguridad del tratamiento; y del cumplimiento terapéutico a intervalos regulares.
 ‡ Si rinitis alérgica, evitar alérgenos, antihistamínicos, MP-AzeFlu, olopatadina-mometasona, inmunoterapia alérgica.
 § Tratar las comorbilidades respiratorias/alérgicas (asma, EPOC, bronquiectasia).
 ¶ Si EREA, evitar AINE, valorar tratamiento con aspirina tras desensibilización.

FIGURA 6.3. Algoritmo de tratamiento de la poliposis nasosinusal (PN), basado en el Consenso POLINA⁷⁸.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina/AINE; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EVA: escala visual analógica; RSCcPN: rinosinusitis crónica con pólipos nasales; SNOT-22: Sino-Nasal Outcome Test 22.
¹En spray; gotas o lavados. ²Lavados con solución salina isotónica o lactato de Ringer. ³Ver criterios POLINA para el control de RSCcPN (Figura 13.6). ⁴Ciclos cortos desde 5 días a dosis 0,5-1 mg /kg/día. ⁵Apertura de senos paranasales afectados. ⁶Posible elección según endotipo. ⁷Valorar cirugía más radical/extendida según consenso entre médico y paciente.



Consenso sobre el manejo de la Vía Respiratoria Única (VRU): Delphi Multidisciplinar



Blanco-Aparicio et al.
Allergy, Asthma & Clinical Immunology (2023) 19:34
<https://doi.org/10.1186/s13223-023-00780-9>

Allergy, Asthma & Clinical Immunology



RESEARCH

Open Access

Consensus on the management of united airways disease with type 2 inflammation: a multidisciplinary Delphi study

Marina Blanco-Aparicio^{1*}, Javier Domínguez-Ortega^{1†}, Carolina Cisneros³, Carlos Colás⁴, Francisco Casas⁵, Alfonso del Cuvillo⁶, Isam Alobid⁷, Santiago Quirce¹ and Joaquim Mullol^{1*}

Abstract

Background Scientific evidence on patients with multimorbid type 2 asthma and chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP) from a united airways disease (UAD) perspective remains scarce, despite the frequent coexistence of these entities. We aimed to generate expert consensus-based recommendations for the management of UAD patients.

Methods Using a two-round Delphi method, Spanish expert allergists, pulmonologists and otolaryngologists expressed their agreement on 32 statements (52 items) on a 9-point Likert scale, classified as appropriate (median 7–9), uncertain (4–6) or inappropriate (1–3). Consensus was considered when at least two-thirds of the panel scored within the range containing the median.

Results A panel of 30 experts reached consensus on the appropriateness of 43 out of the 52 (82.7%) items. The usefulness of certain biomarkers (tissue and peripheral blood eosinophil count, serum total IgE, and fraction of exhaled nitric oxide [FeNO]) in the identification and follow-up of type 2 inflammation, and assessment of the response to biologics, were agreed. Some of these biomarkers were also associated with disease severity and/or recurrence after endoscopic sinus surgery (ESS). Consensus was achieved on treatment strategies related to the prescription of anti-IL-4/IL-13 or anti-IgE agents, concomitant treatment with systemic corticosteroids, and combining or switching to biologics with a different mechanism of action, considering a number of UAD clinical scenarios.

Conclusion We provide expert-based recommendations to assist in clinical decision-making for the management of patients with multimorbid type 2 asthma and CRSwNP. Specific clinical trials and real-world studies focusing on the single-entity UAD are required to address controversial items.

Keywords Asthma, Biologics, Chronic rhinosinusitis with nasal polyps, Type 2 inflammation, United airway disease

*Marina Blanco-Aparicio and Javier Domínguez-Ortega have contributed equally to this work

†Correspondence: Joaquim Mullol
jmullol@clinic.cat

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.



Table 2 Results of the Delphi survey Section 2: treatment

Number	Statement	Median	Appropriateness	Consensus/round
1	There is a need to evaluate a combination of parameters including clinical variables and biomarkers to predict treatment response in patients with severe asthma and CRSwNP with underlying type 2 inflammation endotype.	9	Appropriate	Yes/1st
2	The multimorbidity of several respiratory diseases with type 2 inflammation (asthma plus CRSwNP) in a patient is a risk factor for severity and failure of medical or surgical treatment.	9	Appropriate	Yes/1st
3	In patients with severe type 2 CRSwNP and asthma who have an indication for biologics, the use of anti-IL-4/IL-13 or anti-IgE is independent of the presence of allergy.	8	Appropriate	Yes/1st
4	In patients with both diseases, an indication for a biologic should be made whenever it meets the established indication criteria for either severe type 2 CRSwNP or asthma.	8	Appropriate	Yes/1st
5	A history of previous ESS or its contraindication in patients with type 2 CRSwNP (severe) and asthma supports prescription of the biologic.	8.5	Appropriate	Yes/1st
6	In patients with type 2 CRSwNP (severe) and asthma undergoing ESS, the introduction of biologics should not be delayed in the absence of response to appropriate medical-surgical treatment.	8	Appropriate	Yes/1st
7	In patients with type 2 CRSwNP (severe) and asthma, it is preferable to start the biologic before ESS.	5	Uncertain	No (controversy)/2nd
8	The combination of two biologics with different mechanisms of action may be necessary in patients with severe type 2 asthma and CRSwNP who have not achieved symptom control of any of the diseases with appropriate medical-surgical treatment and the use of a single biologic.	8	Appropriate	Yes/1st
9	The need for short courses of systemic corticosteroids (<2/year) in patients with severe type 2 asthma and CRSwNP who have not achieved control of any of the diseases with biologics should not be considered as failure if response criteria are met in the disease for which it was indicated.	7	Appropriate	Yes/2nd
10	The combination of two biologics for type 2 inflammation in patients with severe asthma and CRSwNP is not advisable due to cost-effectiveness and/or lack of safety evidence, so it is better to switch to another biologic with a different mechanism of action.	8	Appropriate	Yes/2nd
11	Calculation of the cumulative annual systemic corticosteroid dose in a patient with severe type 2 asthma and CRSwNP should take into account the doses of corticosteroids administered for both asthma and CRSwNP.	9	Appropriate	Yes/1st
12	In patients with severe type 2 asthma and CRSwNP with no response to a biologic treatment (indicated for asthma) in the asthma variables, it is advisable to switch to another biologic with a different mechanism of action, even if there is improvement in the variables associated with sinonasal pathology.	8	Appropriate	Yes/2nd
13	In patients with severe type 2 asthma and CRSwNP with no response to a biologic treatment (indicated for CRSwNP) in the CRSwNP variables, it is advisable to switch to another biologic with a different mechanism of action, even if there is improvement in the variables associated with asthma.	7	Appropriate	Yes/2nd
14	In patients with severe type 2 asthma and CRSwNP with no response to biologic therapy in the CRSwNP variables, it is recommended to:			
14.1	Perform ESS even if there is improvement in asthma-associated variables.	8	Appropriate	Yes/1st
14.2	Switch to another biologic.	9	Appropriate	Yes/2nd
15	In patients with severe type 2 asthma and CRSwNP who have a good initial response to a biologic in either condition, it is advisable to extend maintenance treatment for at least 6 months before considering withdrawal or switching to another biologic.	8.5	Appropriate	Yes/1st
16	In patients with type 2 CRSwNP (severe) and asthma, the indication for treatment with biologics should take into account clinical markers of loss of smell (VAS) and quality of life (SNOT-22).	9	Appropriate	Yes/1st

Physicians rated their agreement with the statements using a 9-point Likert scale (1, totally disagree; 9, totally agree). Statements were classified as inappropriate, uncertain, or appropriate when median ranged from 1 to 3, 4–6, or 7–9, respectively. Consensus was achieved when at least two-thirds of the panel scored within the ranges, otherwise it was deemed as absence of consensus. Controversy was considered when more than one third of individual scores were within the range opposite the one containing the median.

CRSwNP, chronic rhinosinusitis with nasal polyposis; ESS, endoscopic sinus surgery; SNOT-22, Sino Nasal Outcome Test – 22; VAS, visual analogue scale.



¿Qué opciones terapéuticas tenemos?

Fármacos biológicos dirigidos contra la inflamación tipo 2



Clase	Anti-IgE	Anti-IL-5		Anti-IL-4/IL-13	Anti-TSLP
Biológicos	Omalizumab^{1,*}	Mepolizumab^{3,**}	Benralizumab^{5,***}	Dupilumab^{8^}	Tezepelumab^{10^^}
Indicaciones (ver Nota para resolución de financiación)	Asma alérgica grave > 6 años RSCcPN grave en adultos Urticaria crónica espontánea > 12 años	Asma eosinofílica grave > 6 años RSCcPN grave en adultos Síndrome hipereosinofílico (SHE) en adultos Graulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA) > 6 años	Asma eosinofílica grave en adultos	Asma grave con inflamación tipo 2 > 6 años RSCcPN grave en adultos Dermatitis atópica de moderada a grave > 12 años y grave de 6 meses-11 años Prurigo Nodularis en adultos Esofagitis eosinofílica > 12 años	Asma grave > 12 años
Estudios clínicos finalizados en RSCcPN grave	Fase III: POLYP-1 y 2^{1,2}	Fase III: SYNAPSE^{3,4}	Fase III: OSTRO⁶	Fase III: SINUS-24 y 52^{8,9}	--
Estudios en curso en RSCcPN grave			Fase III: ORCHID⁷		Fase III: (WAYPOINT)¹¹

NOTA: *Omalizumab está financiado en España para el tratamiento del asma alérgica en > 6 años, y en urticaria crónica espontánea > 12 años. **Mepolizumab está financiado en España para el tratamiento del asma eosinofílica grave en > 6 años, RSCcPN grave en adultos tras 2 cirugías, SHE en adultos y GEPA > 6 años. ***Berralizumab está financiado en España para el tratamiento del asma eosinofílica grave >12 años. ^Dupilumab está financiado en España para el tratamiento del asma grave con inflamación tipo 2 en pacientes >12 años; dermatitis atópica grave > 6 años. ^^Tezepelumab está financiado en España para el tratamiento de asma grave en pacientes >12 años

1. Ficha técnica de Xolair (omalizumab). https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/05319008/FT_05319008.html (último acceso 15/02/2024); 2. Gevaert P, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:110-116; 3. Ficha técnica de Nucala (mepolizumab). https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1151043001/FT_1151043001.html (último acceso 15/02/2024); 4. Bachert C, et al. J Allergy Clin Immunol. 2017;140:1024-1031; 5. Fasenna (benralizumab) https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171252001/FT_1171252001.html (último acceso 15/02/2024); 6. Barchert et al. J Allergy Clin Immunol. 2022 Apr;149(4):1309-1317.e12. doi: 10.1016/j.jaci.2021.08.030.; 7. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04157335?term=orchid&intr=benralizumab&rank=1> (último acceso 15/02/2024); 8. Dupixent (dupilumab) https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171229006/FT_1171229006.html (último acceso 15/02/2024); 9. Bachert C, et al. JAMA. 2016;315:469-479; 10. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221677001/FT_1221677001.html (último acceso 15/02/2024) 11. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04851964?cond=tezepelumab&draw=2&rank=10> (último acceso 15/02/2024)

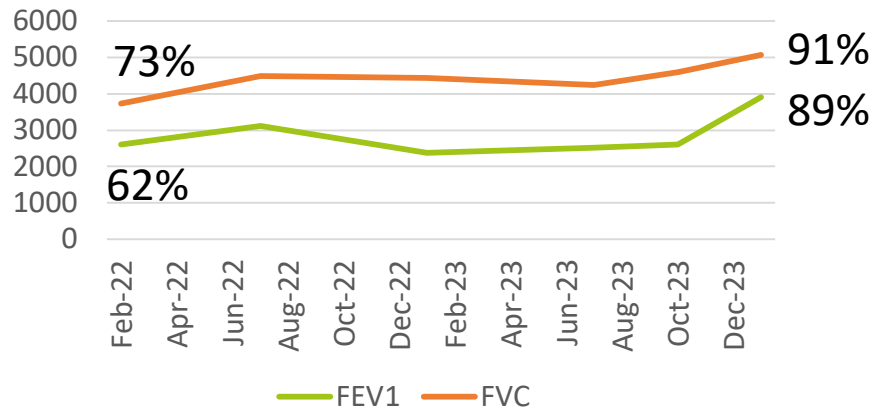


Caso clínico

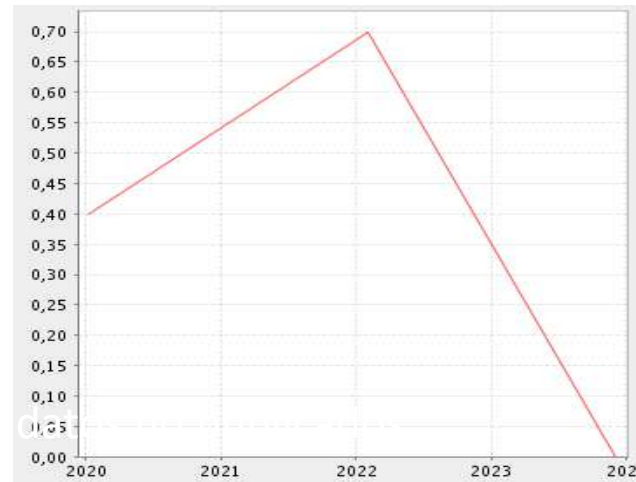
Resolución

Caso clínico

Fx Pulmonar



Eos

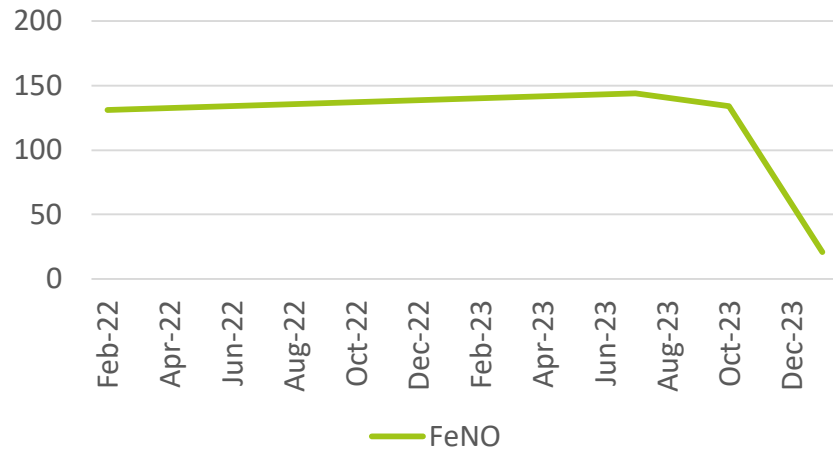


Inicio EC: Feb 2022

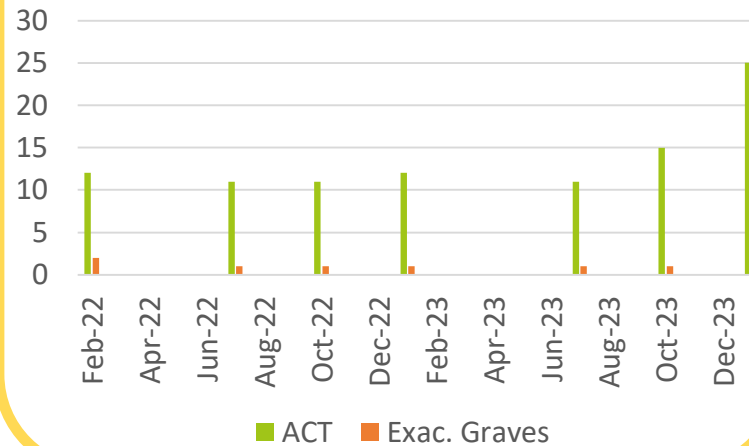
Inicio anti-IL5: Mar 2023

Inicio Dupilumab: Oct 2023

FeNO



ACT y EA



INFORME DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL TIPO DE INFLAMACIÓN NASAL (PROTOCOLO DEL SCS):

TEJIDO

Tejido presente:

- o Mucosa respiratoria SI
- o Glándulas seromucosas NO
- o Hueso NO

Grado global de inflamación:

- o Ausente NO
- o Leve NO
- o Moderada SI
- o Severa NO

Número de eosinófilos:

- o 10 - 20 por CGA

Infiltrado de neutrófilos:

- o Ausente SI
- o Focal NO

Predominio inflamatorio:

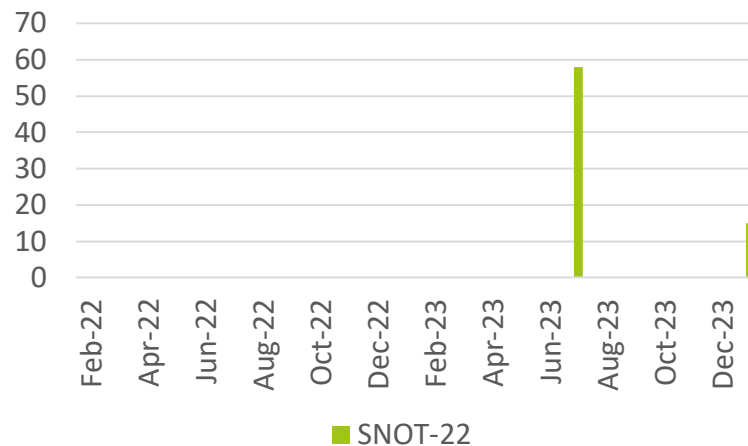
- o Linfocito NO
- o Linfoplasmocitario SI
- o Eosinofílico NO
- o Linfohistiocitario NO
- o Neutrofílico NO
- o Otros NO

Edema subepitelial:

- o Ausente NO
- o Leve (focal o sólo perivascular) NO
- o Moderado (estructura mucosa distorsionada) NO
- o Severo (difuso/ cambios polipoides) SI

Biopsia del pólipos nasosinusal
Oct 2023 (previo a Dupilumab).

SNOT: 22





Conclusiones

- **Diferentes feno-endotipos a pesar de parentesco.**
- **Importancia de derivar a ORL antes de MAB.**
- **Identificar bien la vía inflamatoria activada: personalizar cada paciente.**
- **No siempre EOs + RSCcPN = buena respuesta a anti-IL5.**
- **A pesar de desaparecer eosinófilos en tejido del pólipo, no mejoría SNOT22.**
- **Eos + FeNO + RSCcPN + ALG: claramente T2 (buena respuesta a Dupilumab).**
- **Rapidez de respuesta a Dupilumab en Función pulmonar, ACT y parámetros inflamatorios.**
- **Vigilar eosinofilia (en este caso persiste en 0 cel/mm3 a los 2 meses).**



PRESENTACIÓN, PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:

- » DUPIXENT® 300 mg solución inyectable en jeringa precargada - 2 jeringas precargadas de 2 ml con protector de aguja (CN 718735.6).
- » DUPIXENT® 300 mg solución inyectable en pluma precargada - 2 plumas precargadas de 2 ml (CN 758028.7).
- » DUPIXENT® 200 mg solución inyectable en jeringa precargada - 2 jeringas precargadas de 1,14 ml (CN 727309.7).
- » DUPIXENT® 200 mg solución inyectable en pluma precargada - 2 plumas precargadas de 1,14 ml (CN 758027.0).
- » PVP notificado: 1.267,45 €, PVP IVA notificado: 1.318,15 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico hospitalario. Dispensación hospitalaria sin cupón precinto.

DUPIXENT® ESTÁ FINANCIADO EN ESPAÑA POR EL SNS PARA LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

- » DA moderada-grave en pacientes adultos y adolescentes
- » DA grave en niños (de 6 a 11 años)
- » Asma grave no controlada en mayores de 12 años

DUPIXENT® no está financiado en España para las siguientes indicaciones:

- » Rinosinusitis crónica con poliposis nasal
- » Asma en niños de 6 a 11 años

DUPIXENT® está en trámite de obtención de precio y financiación para las siguientes indicaciones:

- » Prurigo nodular
- » Esofagitis eosinofílica
- » Extensión de la DA en niños de 6 meses a 5 años

CONSULTA LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR ESTE MEDICAMENTO



DUPIXENT®
200 mg jeringa



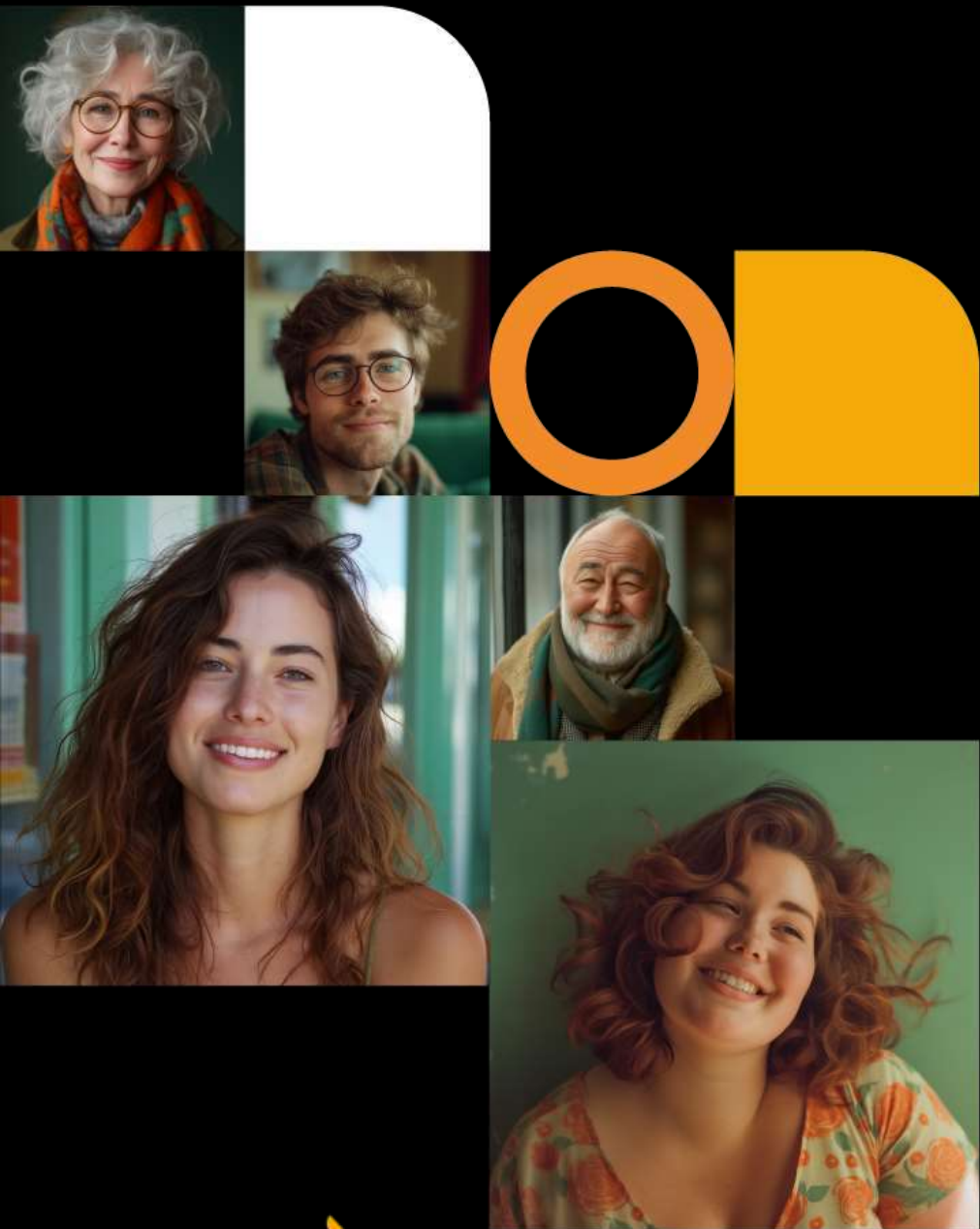
DUPIXENT®
200 mg pluma



DUPIXENT®
300 mg jeringa



DUPIXENT®
300 mg pluma



DUPIXENT 
(dupilumab)

sanofi