

Efecto del faricimab en pacientes con degeneración macular asociada a la edad, neovascular exudativa no respondedores a otros antiangiogénicos intravítreos

Effect of Faricimab in Patients with Age-related Macular Degeneration, Exudative Neovascular, Non-responders to other Intravitreal Anti-angiogenic Agents

Rafael Ernesto González Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-8783-3771>

Ivis Sosa González² <https://orcid.org/0000-000-7898-7966>

Durán Linares Iglesias² <https://orcid.org/0009-0005-8637-5528>

Elizabeth Bárbara Cuétara Lugo^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6634-4576>

Teddy Osmín Tamargo Barbeito² <https://orcid.org/0000-0002-9107-9601>

¹Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer La Habana, Cuba

²Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ecuetaral@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir los resultados funcionales y anatómicos del tratamiento con faricimab en pacientes con degeneración macular asociada a la edad, en su forma neovascular exudativa, no respondedores a otros antiangiogénicos por vía intravítrea.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de intervención con diez pacientes con degeneración macular asociada a la edad, en su forma neovascular exudativa, no respondedores a otros antiangiogénicos tratados con faricimab diagnosticados como no respondedores a otros antiangiogénicos de uso intravítreo, en el Servicio de Retina del Instituto Cubano de Oftalmología y del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, en el período de enero de 2023-

marzo de 2024. Se evaluaron la agudeza visual mejor corregida, el grado de actividad clínica, el grosor macular en el subcampo central, el intervalo de tratamiento después de la inducción y las complicaciones oculares y sistémicas.

Resultados: La media de la agudeza visual mejor corregida aumentó de 52 a 68 VAR tras la inducción y se mantuvo estable en el seguimiento. El grosor macular central disminuyó desde el inicio hasta completar la inducción y finalizar el primer año de tratamiento (365 μ m, 249 μ m a 237 μ m). El intervalo de tratamiento después de la inducción fue de 12 semanas en 7 pacientes (70 %), 8 semanas en 2 (20 %) y 16 semanas en 1 (10 %). No se reportaron eventos adversos oculares relacionadas con el fármaco o el proceder, ni sistémicos.

Conclusiones: El tratamiento con faricimab en pacientes con degeneración macular asociada a la edad, en su forma neovascular exudativa, no respondedores a otros antiangiogénicos representa una alternativa efectiva para el control de la enfermedad, con menor número de inyecciones y sin complicaciones asociadas al tratamiento.

Palabras clave: degeneración macular asociada a la edad; neovascular; faricimab; no respondedor; tomografía de coherencia óptica.

ABSTRACT

Objective: To describe the functional and anatomical results of treatment with faricimab in patients with age-related macular degeneration, in its exudative neovascular form, who did not respond to other intravitreal antiangiogenic agents.

Methods: A prospective intervention study was conducted with ten patients with age-related macular degeneration, in its neovascular exudative form, who did not respond to other antiangiogenic agents treated with faricimab and diagnosed as non-responders to other intravitreal antiangiogenic agents, at the Retina Service of the Cuban Institute of Ophthalmology and the Hermanos Ameijeiras Surgical Clinical Hospital, from January 2023 to March 2024. Best-corrected visual acuity, degree of clinical activity, macular thickness in the central subfield, treatment interval after induction, and ocular and systemic complications were evaluated.

Results: The mean best-corrected visual acuity increased from 52 to 68 VAR after induction and remained stable at follow-up. Central macular thickness decreased from baseline to completion of induction and end of the first year of treatment (365 μm , 249 μm to 237 μm). The treatment interval after induction was 12 weeks in 7 patients (70%), 8 weeks in 2 (20%), and 16 weeks in 1 (10%). No drug- or procedure-related ocular adverse events or systemic adverse events were reported.

Conclusions: Treatment with Faricimab in patients with age-related macular degeneration, in its exudative neovascular form, who are non-responders to other antiangiogenic agents represents an effective alternative for disease control, with fewer injections and no treatment-related complications.

Keywords: age-related macular degeneration; neovascular; faricimab; non-responder; optical coherence tomography.

Recibido:14/04/2025

Aceptado:18/04/2025

Introducción

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad degenerativa que evoluciona al deterioro de la visión central en la población mayor de 50 años^(1,2) y una de las principales causas de discapacidad visual grave e irreversible en los países desarrollados.⁽³⁾ En Cuba, según la encuesta de ceguera evitable realizada en el 2016 a personas de 50 años y más, el 2,3 % de la población padece ceguera por esta maculopatía, el 5,5 % discapacidad visual grave y el 1,1 % discapacidad visual moderada.⁽⁴⁾

La terapia antiangiogénica por vía intravítrea revolucionó el manejo de la degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) en las últimas dos décadas, ofreciendo mejor control anatómico y funcional que las terapias previas. En la actualidad, se considera el tratamiento estándar para dicha enfermedad. No obstante, presenta algunas limitaciones, entre las que destacan

la necesidad de inyecciones frecuentes y la respuesta terapéutica limitada en un porcentaje importante de los pacientes.⁽⁵⁾ El faricimab (Vabysmo; Roche/Genentech, Basilea, Suiza) es un anticuerpo biespecífico capaz de inhibir al VEGF-A y la angiopoyetina 2. Recibió la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América en 2022 para tratar la degeneración macular asociada a la edad neovascular, avalado por los ensayos de fase III, TENAYA y LUCERNE.⁽⁶⁾

La evidencia científica sobre la efectividad y seguridad del faricimab en casos refractarios a otros antiangiogénicos es escasa. Este fármaco se introdujo en Cuba en el año 2023 para el tratamiento de la DMAEn y en sus inicios se utilizó en no respondedores a otros antiangiogénicos intravítreos. No existe antecedentes en el país de estudios similares por lo que sus resultados son valiosos para la toma de decisiones en pacientes con DMAEn con esa condición.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo de intervención con diez pacientes con DMAEn exudativa no respondedores a tratamiento antiangiogénico intravítreo previo con bevacizumab y aflibercept. Los pacientes se trataron con faricimab (Vabysmo) Roche Registration GmbH, (0,24 mL/ 28,8 mg de faricimab). Se aplicó vía intravítrea de 0,05 mL/6 mg del fármaco. Se empleó un esquema de cuatro dosis de inducción con periodicidad mensual y los intervalos para la aplicación de dosis de mantenimiento dependieron del grado de actividad clínica.⁽⁶⁾

En este estudio se evaluó el grado de actividad clínica, la agudeza visual mejor corregida (AVMC), el grosor macular en el subcampo central (GMSC), el intervalo de tratamiento después de la inducción (ITDI) y las complicaciones oculares y sistémicas. El grado de actividad clínica se evaluó en las semanas 20 y 24 de inicio de tratamiento por examen biomicroscópico con lente aéreo de 90 y por tomografía de coherencia óptica (TCO). La decisión de tratar se tomó si el paciente cumplía alguno de los seis criterios de actividad de la enfermedad descritos en los ensayos TENAYA y LUCERNE⁽⁶⁾ (tabla 1).

Tabla 1- Criterios de actividad de la enfermedad

Criterio	Elementos
1	Aumento de más de 50 μm en GMSC en comparación con el valor su promedio durante las dos visitas programadas anteriores <ul style="list-style-type: none"> - semanas 12 y 16 para la evaluación de la semana 20 - semanas 16 y 20 para la evaluación de la semana 24
2	Aumento de 75 μm y más en el GMSC en comparación con el valor más bajo registrado en cualquiera de las dos visitas programadas anteriores
3	Disminución de 5 y más letras en la AVMC en comparación con el valor promedio durante las dos visitas programadas anteriores, debido a la actividad de la enfermedad DMEAn (según lo determine el investigador)
4	Disminución de 10 y más letras en la AVMC en comparación con el valor más alto de lo registrado en cualquiera de las dos visitas programadas anteriores, debido a la actividad de la enfermedad DMAEn (según lo determine el investigador)
5	Presencia de una nueva hemorragia macular debido a la actividad de DMAEn (según lo determine el investigador),
6	Opinión del investigador de una actividad significativa de la enfermedad DMAEn en la semana 24 que requiere tratamiento inmediato (aplicable solo en la semana 24)

Leyenda: AVMC = agudeza visual mejor corregida; GMSC = grosor macular del subcampo central; DMAEn = degeneración macular relacionada con la edad neovascular. *Fuente:* Khanani y otros.⁽⁶⁾

La AVMC se midió con la cartilla LogMAR y se expresó en VAR. El GMSC se evaluó mediante tomografía de coherencia óptica con equipo Spectralis (Heidelberg Engineering, Alemania). Se utilizó el protocolo de adquisición con un volumen de 20⁰ x 20⁰ y el valor medio obtenido del procesamiento de 16 imágenes. Se analizó el GMSC (μm), la presencia y localización del fluido (intraretinal, subretinal o subepitelial). Se consideró como actividad al menos la presencia de fluido intra y/o subretinal documentado por TCO, en ausencia de daño irreversible del centro foveal según examen clínico y TCO. Ambas variables se midieron antes de tratar con faricimab, a las 20, 24, 28 y 52 semanas de la primera inyección intravítrea.

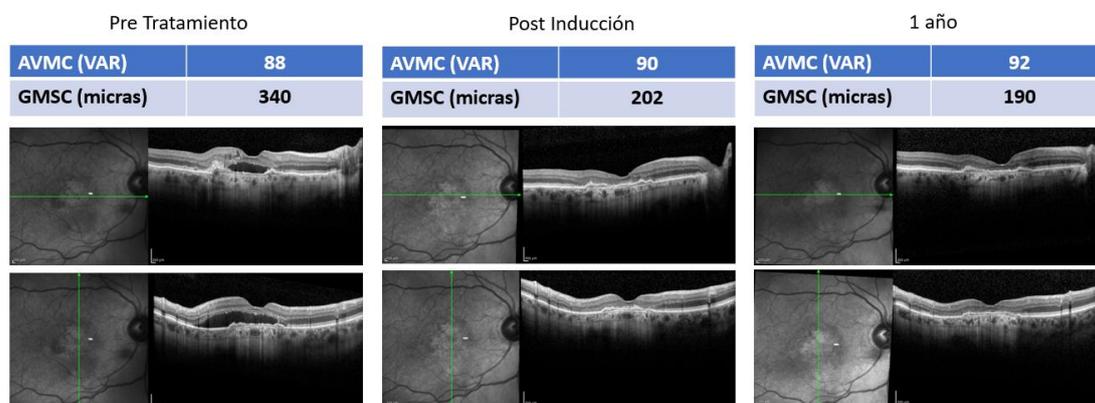
El intervalo de tratamiento después de la inducción se midió en semanas y se definió como 8 semanas) si había criterio de actividad en la semana 20, 12 semanas) si había criterio de actividad en la semana 24 y 16 semanas), si no había criterio de actividad en la semana 24. El intervalo de tratamiento de cada paciente se mantuvo hasta completar el año. Las complicaciones oculares se evaluaron como derivadas del proceder y del fármaco. Las relacionadas con el proceder incluyeron endoftalmitis, catarata traumática, desgarro retinal y desprendimiento de retina. Las relacionadas con el fármaco incluyeron inflamación estéril, hipertensión ocular, vasculitis retinal y desgarro del epitelio

pigmentario. Además, se evaluaron complicaciones a nivel sistémico tales como eventos adversos vasculares cardíacos, cerebrales y arteriales periféricos.

La investigación se ejecutó con el aval y supervisión del comité científico y de ética. Se respetaron los preceptos de la declaración del Helsinki.⁽⁷⁾ Los datos e imágenes de los pacientes se trataron con respeto al anonimato. Se confeccionó una base de datos Excel con las variables propuestas.

Resultados

Se trató con faricimab un total de diez pacientes con DMAEn exudativa con criterio de no respondedores a otros antiangiogénicos de uso intravítreo. En todos los casos tratados la AVMC inicial fue ≥ 35 VAR, con membrana neovascular activa. Se definió como no respondedor el paciente en el que no hubo respuesta favorable después de un mínimo de seis inyecciones consecutivas según el protocolo normado para cualquiera de los fármacos usados previamente por vía intravítrea.⁽⁸⁾ En la figura, se evidencian los cambios anatómicos en imágenes de TCO de un paciente tratado.



Nota: La agudeza visual mejor corregida permaneció estable con mejoría de cuatro letras en el control final. El grosor macular del subcampo central mejoró en la inducción y al completar el año, con una reducción total de 150 μm . El fluido subretinal e intraretinal remitió totalmente al completar la inducción y se mantuvo hasta el año. El intervalo de inyección fue de 16 semanas hasta la semana 52.

Fig.- Paciente de 71 años de edad, con degeneración macular asociada a la edad neovascular exudativa, refractario a bevacizumab y aflibercept.

La media de la AVMC aumentó tras la inducción y se mantuvo estable en el seguimiento. El incremento de la AVMC fue de 16 letras de la cartilla LogMAR. El

grosor macular central disminuyó desde el inicio hasta completar la inducción y finalizar el primer año de tratamiento (Δ GMSC = 128 μ m). Tanto la AVMC como el GMSC mejoraron al completar la inducción, luego la AVMC se mantuvo estable mientras que el grosor continuó disminuyendo hasta finalizar el primer año (tabla 2).

Tabla 2- Distribución de pacientes con degeneración macular asociada a la edad, neovascular tratados con faricimab según agudeza visual mejor corregida y grosor macular central

Estadísticos	N	Inicial	N	Posinducción	N	Al año	Valor p
AVMC (VAR)							
Media \pm DE	10	52 \pm 19	10	68 \pm 20	10	68 \pm 22	< 0,001
Mínimo		35		36		35	
Máximo		88		100		100	
GMSC (μ m)							
Media \pm DE	10	365 \pm 33	10	249 \pm 31	10	237 \pm 28	0,007
Mínimo		195	-	160		120	
Máximo		544	-	500		437	

Legenda: AVMC: agudeza visual mejor corregida; VAR: *visual acuity rate*; DE: Desviación estándar. GMSC: Grosor macular del subcampo central, valor de p según la Prueba de Friedman.

El intervalo de tratamiento después de la inducción fue de 12 semanas en 7 pacientes (70 %), 8 semanas en 2 (20 %) y 16 semanas en 1 (10 %). No se reportaron eventos adversos oculares relacionadas con el fármaco o el proceder, ni sistémicos.

Discusión

El éxito de la terapia antiangiogénica intravítrea en pacientes con degeneración macular asociada a la edad, neovascular se evalúa con parámetros funcionales y anatómicos. El fallo del tratamiento se considera primario cuando se presenta al concluir el esquema inicial y secundario cuando aparece en cualquier otro momento posterior a esta fase.⁽⁹⁾ La respuesta inicial puede variar con la evolución debido a taquifilaxia. Esta se define como la reducción del efecto terapéutico tras la administración repetida del fármaco en el tiempo.⁽⁹⁾ En todos

los pacientes de la serie ocurrió un fallo secundario de la respuesta a la terapia antiangiogénica intravítrea previa, debido a este fenómeno.

La sustitución del antiangiogénico intravítreo mejora los resultados del procedimiento en los casos con respuesta parcial.^(10,11) El cambio a faricimab en ojos refractarios al tratamiento mejora la respuesta anatómica y posibilita la prolongación del intervalo de tratamiento en una proporción significativa de pacientes.⁽¹²⁾ En el mundo real se reporta mejoría visual y estructural en los casos no respondedores con un excelente perfil de seguridad.^(13,14) En este estudio hubo mejoría funcional y estructural al finalizar la inducción, representado por la AVMC y el GMSC. La visión después del cuarto mes se mantuvo estable hasta finalizar el primer año y el grosor macular continuó disminuyendo en este período, resultados que concuerdan con lo reportado por *Rush* y otros.^(5,15) Se ha descrito una mejoría del GMSC no inferior o incluso mayor que otras terapias anti-VEGF con intervalos de dosificación prolongados, con el uso del faricimab, pero se necesitan estudios de seguimiento a largo plazo que validen dicha observación.⁽¹⁶⁾

El tratamiento con faricimab muestra resultados positivos en los parámetros visuales y anatómicos desde la primera dosis independiente de la diversidad de los antecedentes terapéuticos. Esta mejoría se incrementa con las inyecciones consecutivas iniciales.⁽¹⁷⁾ En otros estudios el tratamiento resultó eficaz desde el punto de vista anatómico pero la mejoría funcional fue limitada.^(18,19,20,21) El cambio a faricimab es eficaz en la cuarta parte de los pacientes,⁽¹⁸⁾ la escasa mejoría visual se relaciona más con la diversidad de fármacos utilizados que con el número total de inyecciones previas.⁽²⁰⁾

En el intervalo de tratamiento logrado después del cambio a faricimab influye el intervalo basal, el número de inyecciones y el tiempo de tratamiento previos con otros antiangiogénicos.⁽²²⁾ *Grimaldi* y otros⁽²³⁾ reportan, en pacientes con respuesta insatisfactoria al aflibercept o ranibizumab, un intervalo de tratamiento más largo tras el cambio a faricimab. En esta investigación fue posible extender el intervalo de tratamiento a 12 semanas en más del 80 % de los casos. A pesar de estos resultados se recomienda cautela en la extensión de los intervalos entre dosis para garantizar que el tratamiento sea suficiente.⁽²³⁾

La literatura refiere que la acción del faricimab se debe a la inhibición de dos moléculas diferentes y esto supone un riesgo mayor de inducir eventos adversos.⁽²⁴⁾ Sin embargo, la seguridad es similar a la de otros fármacos antiangiogénicos tanto en casos “naive”,^(17,24,25,26) como en refractarios a esta terapia.⁽²⁴⁾ Se ha documentado con este fármaco una baja incidencia de eventos adversos graves, como endoftalmitis y otras inflamaciones,^(17,27) aumento de la presión intraocular y eventos tromboembólicos.⁽²⁵⁾ Además, la estabilidad anatómica y funcional observada en los pacientes incluidos en este estudio refuerza la hipótesis de que la inhibición combinada de VEGF y Ang-2 podría ser más efectiva en casos resistentes.^(5,15,17)

Estudios recientes, como los ensayos clínicos de fase 3 TENAYA y LUCERNE, han evidenciado su eficacia en el control de la actividad neovascular y la reducción de la carga de tratamiento, con un perfil de seguridad favorable.⁽²⁵⁾ Lo expuesto sitúa al faricimab como fármaco de elección en pacientes con DMAE neovascular refractaria con comorbilidades sistémicas. Aunque los resultados aquí mostrados son alentadores, la muestra es pequeña y el seguimiento se realizó solo por un año. Se precisa de estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para confirmar su eficacia y seguridad en la población cubana.

Referencias bibliográficas

1. Ruiz Moreno JM. Protocolo de diagnóstico, seguimiento y recomendaciones generales en la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) precoz e intermedia: consenso de un panel de expertos. Barcelona: Esmon Publicidad, D.L.; 2016.
2. Friedman DS, O’Colmain BJ, Munoz B, Tomany SC, McCarty C, De Jong P, *et al.* Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. Arch ophthalmol. 2004;122(4):564-72. DOI: [10.1001/archophth.122.4.564](https://doi.org/10.1001/archophth.122.4.564)
3. Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, Fawzi A, Lim JI, Vemulakonda GA, *et al.* Age-related macular degeneration preferred practice pattern®. Ophthalmology. 2020;127(1):P1-P65. DOI: [10.1016/j.ophtha.2019.09.024](https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2019.09.024)

4. Río M, Rodríguez BN, Padilla MC, Barroso R. Encuesta nacional de ceguera y discapacidad visual en el adulto mayor Cuba 2016. La Habana: Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer; 2017 [acceso 01/01/2025] p. 71. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-972201>
5. Rush RB. One-year outcomes of Faricimab treatment for AFLIBERCEPT-resistant. *Appreciamos mucho su apoyo. No neovascular age-related macular degeneration.* *Clinical Ophthalmology.* 2023;2201-8. DOI: [10.2147/OPTH.S424315](https://doi.org/10.2147/OPTH.S424315).
6. Khanani A, Guymer R, Basu K, Boston H, Heier J, Korobelnik J, *et al.* TENAYA and LUCERNE: rationale and design for the phase 3 clinical trials of faricimab for neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmol Sci.* 2021;1(4):100076. DOI: [10.1016/j.xops.2021.100076](https://doi.org/10.1016/j.xops.2021.100076)
7. De La Amm PÉ. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil; 2013. DOI: [10.1001/jama.2013.281053](https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053)
8. Rio Torres M, Fernández Argones LHS, Juan Raúl, Ramos López M. *Oftalmología. Diagnóstico y tratamiento. Segunda edición ed.* Oubiña González JM, editor. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2018.
9. Amoaku W, Chakravarthy U, Gale R, Gavin M, Ghanchi F, Gibson J, *et al.* Defining response to anti-VEGF therapies in neovascular AMD. *Eye.* 2015;29(6):721-31. DOI: [10.1038/eye.2015.48](https://doi.org/10.1038/eye.2015.48)
10. Seguin-Greenstein S, Lightman S, Tomkins-Netzer O. A meta-analysis of studies evaluating visual and anatomical outcomes in patients with treatment resistant neovascular age-related macular degeneration following switching to treatment with aflibercept. *Journal of ophthalmology.* 2016;2016(1):4095852. DOI: [10.1155/2016/4095852](https://doi.org/10.1155/2016/4095852)
11. Sharma A, Kumar N, Parachuri N, Loewenstein A, Bandello F, Kuppermann BD. Global experience of faricimab in clinical settings-a review. *Expert Opinion on Biological Therapy.* 2024;24(4):263-8. DOI: [10.1080/14712598.2024.2336087](https://doi.org/10.1080/14712598.2024.2336087)
12. Borchert GA, Kiire CA, Stone NM, Akil H, Gkika T, Fischer MD, *et al.* Real-world six-month outcomes in patients switched to faricimab following partial response

- to anti-VEGF therapy for neovascular age-related macular degeneration and diabetic macular oedema. *Eye*. 2024;1-9. DOI: [10.1038/s41433-024-03364-y](https://doi.org/10.1038/s41433-024-03364-y)
13. Leung EH, Oh DJ, Alderson SE, Bracy J, McLeod M, Perez LI, *et al*. Initial real-world experience with faricimab in treatment-resistant neovascular age-related macular degeneration. *Clinical Ophthalmology*. 2023;1287-93. DOI: [10.2147/OPTH.S409822](https://doi.org/10.2147/OPTH.S409822)
14. Cancian G, Paris A, Agliati L, Rizzato A, Clerici M, Volpe G, *et al*. One-year real-world outcomes of intravitreal faricimab for previously treated neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmology and Therapy*. 2024;1-13. DOI: [10.1007/s40123-024-01036-4](https://doi.org/10.1007/s40123-024-01036-4)
15. Rush RB, Rush SW. Intravitreal faricimab for aflibercept-resistant neovascular age-related macular degeneration. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ)*. 2022;16:4041. DOI: [10.2147/OPTH.S395279](https://doi.org/10.2147/OPTH.S395279)
16. Li G, Zhu N, Ji A. Comparative efficacy and safety of Faricimab and other anti-VEGF therapy for age-related macular degeneration and diabetic macular edema: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Medicine*. 2023;102(50):e36370. DOI: [10.1097/MD.00000000000036370](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036370)
17. Khanani AM, Aziz AA, Khan H, Gupta A, Mojumder O, Saulebayeva A, *et al*. The real-world efficacy and safety of faricimab in neovascular age-related macular degeneration: the TRUCKEE study–6 month results. *Eye*. 2023;37(17):3574-81. DOI: [10.1038/s41433-023-02553-5](https://doi.org/10.1038/s41433-023-02553-5)
18. Kishi M, Miki A, Kamimura A, Okuda M, Matsumiya W, Imai H, *et al*. Short-term outcomes of faricimab treatment in aflibercept-refractory eyes with neovascular age-related macular degeneration. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(15):5145. DOI: [10.3390/jcm12155145](https://doi.org/10.3390/jcm12155145)
19. Inoda S, Takahashi H, Takahashi R, Hashimoto Y, Yoshida H, Takahashi H, *et al*. Visual and anatomical outcomes after initial intravitreal faricimab injection for neovascular age-related macular degeneration in patients with prior treatment history. *Ophthalmology and Therapy*. 2023;12(5):2703-12. DOI: [10.1007/s40123-023-00779-w](https://doi.org/10.1007/s40123-023-00779-w)

20. Hang A, Ngo T, Virk JS, Moussa K, Moshiri A, Emami-Naeini P, *et al.* Intravitreal faricimab for previously treated neovascular age-related macular degeneration. *Clinical Ophthalmology*. 2024;3781-9. DOI: [10.2147/OPTH.S494605](https://doi.org/10.2147/OPTH.S494605)
21. Ng B, Kolli H, Ajith Kumar N, Azzopardi M, Logeswaran A, Buensalido J, *et al.* Real-World Data on Faricimab Switching in Treatment-Refractory Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *Life*. 2024;14(2):193. DOI: [10.3390/life14020193](https://doi.org/10.3390/life14020193).
22. Kenworthy MK, Alexis JA, Ramakrishnan P, Chen FK. Retreatment interval lengthening achieved in two thirds of eyes with prolonged intensive anti-VEGF therapy for neovascular age-related macular degeneration after switching to faricimab. *Clinical & Experimental Ophthalmology*. 2023. DOI: [10.1111/ceo.14335](https://doi.org/10.1111/ceo.14335)
23. Grimaldi G, Cancian G, Rizzato A, Casanova A, Perruchoud-Ader K, Clerici M, *et al.* Intravitreal faricimab for neovascular age-related macular degeneration previously treated with traditional anti-VEGF compounds: a real-world prospective study. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*. 2024;262(4):1151-9. DOI: [10.1007/s00417-023-06319-3](https://doi.org/10.1007/s00417-023-06319-3)
24. Larsen HO, Grauslund J, Vergmann AS. Efficacy, durability and safety of faricimab in neovascular age-related macular degeneration and diabetic macular oedema: lessons learned from registration trials. *Ophthalmology and Therapy*. 2023;12(5):2253-64. DOI: [10.1007/s40123-023-00753-6](https://doi.org/10.1007/s40123-023-00753-6)
25. Heier JS, Khanani AM, Ruiz CQ, Basu K, Ferrone PJ, Brittain C, *et al.* Efficacy, durability, and safety of intravitreal faricimab up to every 16 weeks for neovascular age-related macular degeneration (TENAYA and LUCERNE): two randomised, double-masked, phase 3, non-inferiority trials. *The Lancet*. 2022;399(10326):729-40. DOI: [10.1016/S0140-6736\(22\)00010-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00010-1).
26. Samacá-Samacá D, Hernández-Castillo C, Prieto-Pinto L, Rodríguez F, Sardi C, Ocampo H, *et al.* Efficacy and safety of faricimab for neovascular age-related macular degeneration: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open Ophthalmology*. 2024;9(1):e001702. DOI: [10.1136/bmjophth-2024-001702](https://doi.org/10.1136/bmjophth-2024-001702).

27. Cozzi M, Ziegler A, Fasler K, Muth DR, Blaser F, Zweifel SA. Sterile intraocular inflammation associated with faricimab. JAMA ophthalmology. 2024;142(11):1028-36. DOI: [10.1001/jamaophthalmol.2024.3828](https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2024.3828)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Rafael Ernesto González Díaz.

Curación de datos: Ivis Sosa González.

Investigación: Rafael Ernesto González Díaz.

Metodología: Elizabeth Bárbara Cuétara Lugo.

Análisis formal: Ivis Sosa González.

Administración del proyecto: Rafael Ernesto González Díaz.

Supervisión: Durán Linares Iglesias.

Validación: Elizabeth Bárbara Cuétara Lugo.

Redacción borrador original: Teddy Osmín Tamargo Barbeito.

Redacción, revisión y edición: Rafael Ernesto González Díaz.