

Cristina Campos Fernández^{1,3}, Pablo Martínez Calabuig^{1,3}, Roxana González Mazarío^{1,3}, Jorge Juan Fragío Gil^{1,3}, José Andrés Román Ivorra^{2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ³Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica, asociada con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en comparación con población general, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales. El tratamiento de la AR incluye inhibidores de JAK (iJAK). Algunos estudios sugieren mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes tratados con iJAK en comparación con tratados con anti-TNF α . La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha evaluado el impacto de estos problemas de seguridad en el balance riesgo/beneficio de los iJAK, emitiendo recomendaciones sobre su uso.

Objetivo

Comparar el RCV en pacientes con AR tratados con iJAK y anti-TNF α , mediante evaluación de FRCV clásicos, estimación de riesgo con SCORE y SCORE 2, y realización de ecografía carotídea.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal, unicéntrico, incluyendo pacientes con AR tratados con iJAK y antiTNF, desde septiembre de 2022 hasta abril de 2023. Se evaluaron FRCV como tabaquismo, hipertensión (HTA), dislipemia (DL) y diabetes mellitus (DM). Se estimó el RCV utilizando las herramientas SCORE y SCORE2, y se realizó ecografías carotídeas para medir el grosor de la íntima-media (GIM) y documentar la presencia de placas ateroscleróticas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital. El análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.6.1).

Resultados

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el RCV entre los grupos tratados con iJAK y anti-TNF α , ni en estimación de SCORE y SCORE2, aumento del GIM, presencia de placas ni FRCV clásicos. El SCORE tendió a infravalorar el RCV en ambos grupos en comparación con SCORE2. La combinación de SCORE y ecografía carotídea aumentó la detección de pacientes de alto riesgo, pero no se observó este aumento al usar SCORE2 y ecografía.

Respecto a concordancia entre SCORE y SCORE2 se observa que SCORE infravalora el RCV en ambos grupos (en el 83,7% de casos tratados con iJAK no coincide la magnitud del RCV otorgada por ambas herramientas y para antiTNF es del 70,5%).

En cuanto a concordancia con la ecografía carotídea, el SCORE infravalora un 27.9% del total de casos mientras que el SCORE2 ninguno. Usando SCORE y ecografía, aumenta la detección de pacientes con alto riesgo (pasando del 8.2% al 28.6% para los tratados con iJAK y del 11.5% al 33.3% para anti-TNF α); pero usando SCORE2 y ecografía no se aumenta la detección de casos de alto riesgo respecto al uso de SCORE2.

	Total pacientes n=122	Pacientes con iJAK	Pacientes con anti- TNF α		Total pacientes n=122	Pacientes con iJAK n=61	Pacientes con antiTNF- alfa n=61	p- valor
Edad – años (DS)	56.01 (10.84)	57.38 (10.23)	54.64 (11.34)	SCORE (visita 1) (DE)	2.42 (1.89)	2.34 (1.95)	2.50 (1.83)	0.648
Sexo femenino – total (%)	103 (84.4)	55 (90.2)	48 (78.7)					
IMC – valor (DS)	27.58 (5.21)	27.78 (5.38)	27.38 (5.08)					
Hábito tabáquico (%)								
Fumador activo	31 (25.4)	12 (19.7)	19 (31.1)					
Comorbilidades (%)				SCORE2 (DE)	4.07 (2.92)	4.03 (2.86)	4.11 (2.99)	0.876
HTA	41 (33.6)	21 (34.4)	20 (32.8)					
DL	52 (42.6)	28 (45.9)	24 (39.3)					
DM	13 (10.7)	8 (13.1)	5 (8.2)					
			Total pacientes n=122	Pacientes con iJAK n=61	Pacientes con antiTNF- α n=61	p- valor		
		GIM der (DE)	0.64 (0.12)	0.65 (0.13)	0.63 (0.11)	0.511		
		GIM izq (DE)	0.69 (0.11)	0.70 (0.11)	0.68 (0.11)	0.315		
		Placas (%)	42 (34.4%)	20 (32.8%)	22 (36.1%)	0.703		

Conclusiones

No se encontraron diferencias significativas en el RCV entre pacientes tratados con iJAK y anti-TNF α . SCORE2 mostró un poder predictivo superior en comparación con SCORE, especialmente cuando se combinó con ecografía carotídea. No se registraron eventos cardiovasculares mayores. A pesar de estos hallazgos, es esencial seguir las recomendaciones de uso de iJAK y ser meticulosos en la valoración del RCV en pacientes con AR