



Miguel Simeó Vinaixa, Elena Grau García, Pablo Muñoz Martínez, Laura Mas Sanchez, Daniel Ramos Castro, Alba María Torrat Noves, Iago Alcántara Álvarez, Belen Villanueva Mañes, Andrés Pérez Hurtado, Jose Andrés Román Ivorra
Servicio de Reumatología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

En la espondiloartritis axial (EspA) hay aprobadas distintas estrategias terapéuticas, entre ellas los inhibidores JAK (JAKi): tofacitinib y upadacitinib. La eficacia y seguridad de los mismos ha sido testada en diferentes ensayos clínicos, los cuales no reflejan completamente la diversidad de perfiles de pacientes en la práctica clínica habitual.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y la seguridad de los JAKi en pacientes con EspA en condiciones de vida real.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con EspA en tratamiento con JAKi (enero de 2021 hasta octubre de 2024). Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas al inicio del tratamiento y en visitas sucesivas. Se registraron datos de seguridad que incluían cualquier evento adverso (EA) reportado. Se consideró EA grave si ponía en peligro la vida del paciente y daba lugar a hospitalización, discapacidad o muerte.

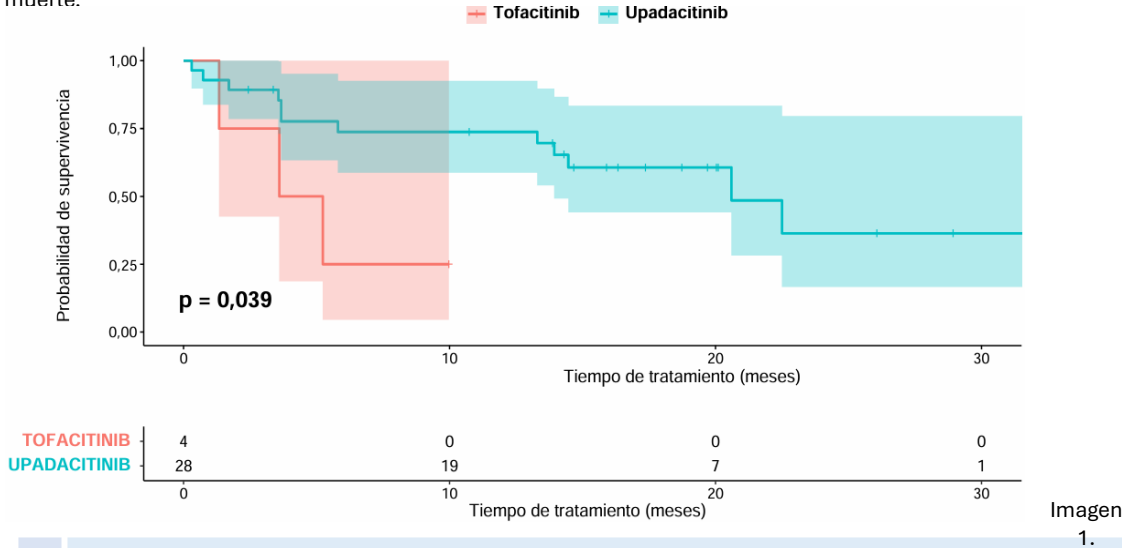


Imagen 1.

CONCLUSIONES

- Se observa una mayor supervivencia terapéutica en el tratamiento con upadacitinib frente a tofacitinib en pacientes con EspA, suspendiendo tratamiento el 46,9% de los casos (3 por RA).
- Se han registrado 29 efectos adversos en 17 pacientes que no motivaron la suspensión del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes (40% mujeres), con una edad media al inicio del JAKi de 50,7 (10,3) años y un tiempo medio de evolución de la EspA de 9,5 (9,4) años (ver tabla 1).

Se analizaron 32 tratamientos JAKi: 28 Upadacitinib y 4 Tofacitinib, ya que dos pacientes recibieron ambos JAKi. En 6 casos el tratamiento se acompañó con corticoides orales, y en 7 casos con FAME tradicional (4 metotrexato y 3 sulfasalazina). En 27 pacientes se había administrado previamente terapia biológica: el 25,9% habían fallado a 1 biológico, el 18,51% a dos biológicos y el 55,5% a 3 o más.

La duración media del tratamiento con JAKi fue de 12,52 meses, y en el momento del análisis el 46,9% había suspendido el tratamiento: 7 casos por ineffectividad, 3 por pérdida de efectividad, 3 por reacciones adversas (RA) (2 alteraciones gastrointestinales y 1 edema lingual) y 1 por otros motivos. Tras la suspensión del JAKi, las opciones de tratamiento fueron en 6 casos con anti-TNF, 4 con anti-IL17, 1 con anti-IL23, 1 con JAKi (tofacitinib), 1 con IL-6 y 3 pacientes que se mantuvieron sin biológico/molécula pequeña. Además, se registraron 29 efectos adversos durante el tratamiento que no motivaron la suspensión del mismo (ver tabla 2).

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre una mejor supervivencia terapéutica para upadacitinib (P=0,039) frente a tofacitinib (ver imagen 1). No se observa asociación entre la supervivencia terapéutica de ambos tratamientos y los valores de PCR y VSG, además de la exposición previa a tratamiento biológico o FAME concomitante.

PACIENTES N=30	N (%)	EFFECTOS ADVERSOS N=29	N (%)
Hábito tabáquico	12 (40%)	Infección respiratoria	9 (31,03%)
Comorbilidades		Alteraciones analíticas	
Hipertensión	6 (20%)	Neutropenia	3 (10,34%)
Diabetes	1 (3,33%)	Hiperlipidemia	3 (10,34%)
Dislipemia	5 (16,67%)	Elevación de CK	2 (6,90%)
Neoplasia	1 (3,33%)	Anemia	1 (3,45%)
Enfermedad cardiovascular	1 (3,33%)	Linfopenia	1 (3,45%)
HLA B27 +	12 (40%)	Hipertransaminasemia	1 (3,45%)
Manifestaciones extra-articulares	15 (50%)	Infección del tracto urinario	2 (6,90)
Uveítis	5 (16,67%)	Cefalea	2 (6,90%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	4 (13,33%)	Infección de piel y partes blandas	2 (6,90%)
Afectación pulmonar	0 (0%)	Herpes simple	1 (3,45%)
Psoriasis	8 (26,67%)	Ganancia de peso	1 (3,45%)
Fibromialgia	2 (6,67%)	Erupción cutánea (1º toma)	1 (3,45%)
Artrosis	3 (10%)		
Depresión	5 (16,67%)		
Vacunados herpes zóster	21 (70%)		

Tabla 1.

Tabla 2.