Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):158

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

P115 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAMBIO ENTRE INHIBIDORES DE JAK EN ARTRITIS REUMATOIDE EN PRÁCTICA CLÍNICA

M. Retuerto[1,2], E. Trujillo[4], C. Valero[5], C. Fernández-Espartero[6], C.Y. Soleto[7], A. García-Valle[8], E. Aurrecoechea[9], M. Garijo[10], A. López[11], J. Loricera[12] y J.L. Pablos[1,2,3]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. [2]Instituto de Investigación Hospital universitario 12 de Octubre (i+12). Madrid. [3]Universidad Complutense de Madrid. [4]Hospital Universitario de Canarias. [5]Hospital Universitario La Princesa. Madrid. [6]Hospital Universitario de Móstoles. [7]Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [8]Hospital General Rio Carrión. Palencia. [9]Hospital de Sierrallana. Torrelavega. [10]Hospital de Sagunto.[11]Complejo Asistencial Universitario de León. [12]Hospital Marques de Valdecilla. Santander.

Resumen

Introducción: Los diferentes inhibidores de las Jak (JAKi) han demostrado su eficacia en pacientes con AR, pero en una importante proporción de pacientes resultan ineficaces y esto resulta en la interrupción del tratamiento. Los distintos JAKi presentan una selectividad diferente por las cuatro Jak (Jak1,2,3 y Tyk2) pero no existen ensayos que analicen la respuesta de un JAKi después de la suspensión de otro por ineficacia, por lo que los datos observacionales pueden proporcionar una información útil de este aspecto.

Objetivos: Describir la eficacia y la seguridad del segundo JAKi en pacientes con AR que habían suspendido el primer JAKi por insuficiente eficacia o efectos adversos.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico en el que se recopilan datos clínicos de manera retrospectiva de 28 pacientes con AR tratados secuencialmente con baricitinib o tofacitinib en cualquier orden.

Resultados: Se identificaron 28 pacientes que cumplían criterios de AR cuyas características se resumen en la tabla 1. La mitad de los pacientes iniciaron tofacitinib y la otra mitad baricitinib como primer JAKi. La supervivencia media del primer JAKi fue de 7,6 ± 6,1 meses, suspendiéndose por ineficacia en el 61% (n = 17) y por efectos secundarios en el 39% (n = 11) de los casos. Los datos de actividad desde el inicio del segundo JAKi hasta los 12 meses se muestran en la tabla 2. El tiempo medio de seguimiento del segundo JAKi fue de 9,6 ± 5,6 [3-19] meses. La supervivencia del segundo JAKi fue del 82% a los 3 meses, 76% a los 6 y 62% a los 12 meses (13/21). De los 8 pacientes (28,6%) que suspendieron el segundo JAKi, todos lo hicieron por ineficacia, encontrándose una tasa de suspensión similar entre los que habían suspendido el primer JAKi por ineficacia (n = 5, 29,4%) y los que lo habían suspendido por efectos adversos (n = 3; 27,3%).

Tabla 1. Características de los pacientes

Características clínicas	N 28
Mujeres	24 (86%)

Edad*	61,2 ± 13,2
Anti-péptido citrulinado positivo	19 (67,9%)
Erosiva	13 (46,4%)
Manifestaciones extra-articulares	8 (28,6%)
Articulaciones dolorosas*	10,8 ± 5,4
Articulaciones tumefactas*	7,4 ± 4,6
DAS28-PCR*	5,4 ± 0,91
Alta actividad	71,5%
Moderada actividad	23,8%
Baja actividad	4,7%
Tratamiento previo	
FAME biológico previo	24 (86%)
Nº FAME biológicos previos*	3,9 ± 2,2
aTNF previo	75%
No-aTNF previo	67,9%

Tabla 2. Resultados del tratamiento durante el seguimiento

	Inicio (n 28)	3 meses (n 28)	6 meses (n 25)	12 meses (n 21)
NAD	10,8 ± 5,4	3,8 ± 3,3	4,23 ± 2,5	1,9 ± 1,5
NAT	7,2 ± 4,6	1,8 ± 1,7	1,7 ± 2	0,7 ± 1
PCR mg/dl	1 ± 0,6	0,54 ± 0,48	0,64 ± 0,9	0,33 ± 0,24
DAS28PCR	5,4 ± 0,91	3,29 ± 0,97	3,15 ± 1,2	2,15 ± 0,6
Prednisona mg	7,2 ± 4,2	6,8 ± 3,5	5,3 ± 2,5	3,1 ± 2,1

Conclusiones: Nuestros datos muestran que el tratamiento con un segundo JAKi es una alternativa segura y eficaz en pacientes con AR tras la suspensión por ineficacia o efectos secundarios de un primer JAKi. La tasa de respuesta al segundo JAKi es similar en pacientes con ineficacia o efecto adverso al primero, sugiriendo que el fracaso del primero no reduce la posibilidad de respuesta al segundo JAKi, aunque esto requiere confirmación en series más extensas.

Agradecimientos: M. Retuerto ha recibido una beca de formación de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados