

Causas de suspensión según edad de los inhibidores de JAK en una serie de pacientes



Marina Soledad Moreno García (1), Yedra Usón Rodríguez (1), Erardo Ernesto Meriño Ibarra (2), Julia Ulier Bellmunt (1), Giuliano Boselli Oporto (2), Ángela Pecondón Español (1), Francisco Javier Manero Ruíz (1) .
1. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. 2 Hospital San Jorge. Huesca

OBJETIVO

Describir la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular presentes en nuestros pacientes con JAKi y evaluar las causas de suspensión de JAKi según edad (mayor o menor de 65 años).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, en el que se han recogido datos de una serie de pacientes correspondientes al periodo comprendido entre enero del 2018 y abril del 2022. Los criterios de selección fueron:

1. Pacientes que tuvieran alguna de las enfermedades siguientes: AR, Apso o algún tipo de Spa.
2. Pacientes que hubieran iniciado tratamiento durante ese periodo con un JAKi.

Los datos recopilados fueron: edad, sexo, antecedentes de HTA, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, neoplasias, eventos cardiovasculares mayores (MACE), efectos adversos y motivo de retirada

RESULTADOS

Se incluyeron 125 pacientes. La edad media fue de 60,8 años (DE 11,8) y un 76,6% eran mujeres. El diagnóstico más prevalente fue la AR en un 92%. Un 73,3% de los pacientes que iniciaron JAKi eran refractarios a 3 o más líneas de tratamiento previo.

En el grupo de mayores de 65 años, 34 (75,6%) tenían alguna característica citadas por la EMA, de los cuales: 7(20,6%) tenían 1,19(55,9%) tenían 2 y 8(23,5%) tres. Por edad (>< 65 años) (Gráfico), no hubo diferencias en las características/comorbilidad excepto por una mayor presencia de HTA (p=0,001) e historia previa de neoplasias (0,002) en los mayores de 65 años.

La terapia JAKi fue suspendida en un 32,8% de los pacientes por diversas causas y la media del tiempo hasta su suspensión fue 11 meses. La causa principal de la retirada de los JAKi fue la ineficacia en un 63,4% de los casos, seguida los AA en un 13% (Tabla). Estos últimos fueron el motivo más frecuente en el grupo de pacientes mayores de 65 años (43,7% vs 24%) y la ineficacia en los menores de 65 años (72% vs 50%), pero sin significación estadística. No hubo tampoco diferencias (p= 0,651) entre los fármacos utilizados. Entre los AA, destacar la detección de neoplasia pulmonar incidente en 3 pacientes.

CONCLUSIÓN

En nuestra pequeña serie de casos tratados con JAKi, la suspensión por AA fue la causa más frecuente en el grupo >65 años y la ineficacia en < 65 años, pero estas diferencias no alcanzaron significación estadística posiblemente debido al pequeño tamaño de la muestra. Por otra parte aunque la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue elevada no se detectó ningún evento cardiovascular. Como AA severo destacar la detección de neoplasia pulmonar incidente en 3 pacientes

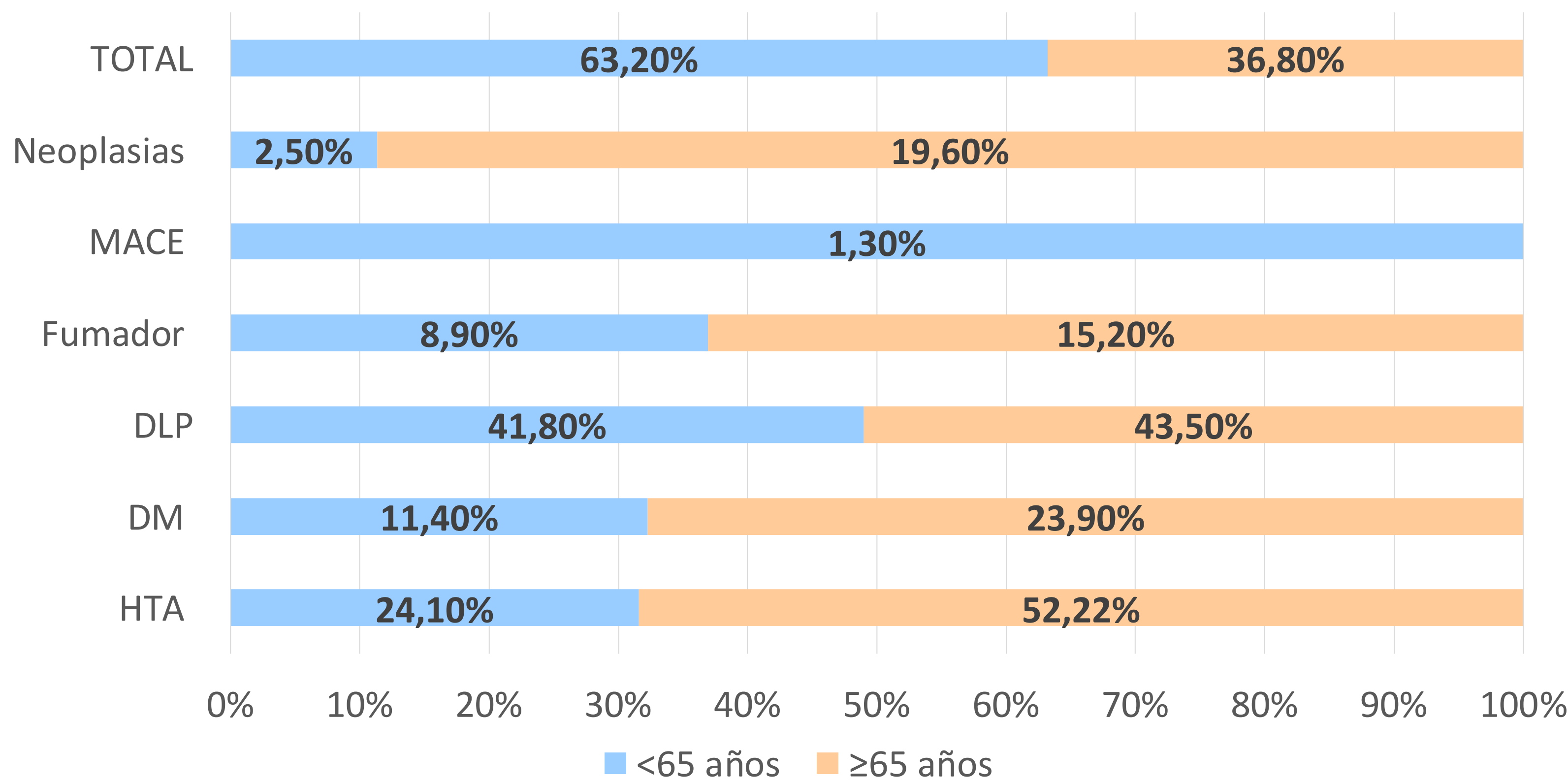


Gráfico. Prevalencia de los factores mencionados en las recomendaciones EMA en pacientes con JAKi en mayores/menores de 65 años.

VARIABLE		EDAD		p-value
Suspensión JAK inh (pacientes)		< 65 (N=25)	≥ 65 (N=16)	
Fármaco, n (%)	Baricitinib	6 (24)	5 (31,1)	0,570
	Filgotinib	-	1 (6,3)	
	Tofacitinib	15 (60)	8 (50)	
	Upadacitinib	4 (16)	2 (12,5)	
Tiempo con JAK inh hasta suspensión (meses), media ± DE		9,52 ± 11,2	13,8 ± 15,8	0,311
Motivo Retirada , n (%)	Decisión del paciente	1 (4)	1 (6,3)	0,302
	Efecto adverso	6 (24)	7 (43,7)	
	Ineficacia	18 (72)	8 (50)	0,194
Efecto adverso / Neoplasia, n (%)	Intolerancia	-	2 (28,6)	0,559
	EA gastrointestinal	1 (16,7)	2 (28,6)	
	EA cutáneo	1 (16,7)	1 (14,3)	
	Tos	1 (16,7)	-	
	NRL	1 (16,7)	-	
	Infección (no TBC)	1 (16,7)	-	
	TBC	-	-	
	NEOPLASIA	1 (16,7)	2 (28,6)	

Tabla. Características de la suspensión de iJAK.