

M, Loredó<sup>1</sup>, E. Pardo<sup>1</sup>, I. Braña<sup>1</sup>, S. Burger<sup>1</sup>, P. Gonzalez del Pozo<sup>1</sup>, P. Alvarez<sup>1</sup>, N. A. Callejas<sup>1</sup>, S. Alonso<sup>1</sup>, I. Zapico<sup>1</sup>, F. Jirout<sup>1</sup>, M. Alperi<sup>1</sup>, R. Queiro<sup>1</sup>  
Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias<sup>1</sup> (España).



Introducción y Objetivos:

Los datos de persistencia y seguridad del Tofacitinib (TOF) en artritis psoriásica (PsA) son escasos y poco conocidos en España. Esta información es crucial para conocer el verdadero valor de este tratamiento en la práctica clínica diaria. Nuestro objetivo es analizar la persistencia y seguridad del TOF en condiciones de vida real.

Material y Métodos:

Se ha incluido a toda la población con PsA expuesta al menos a una dosis de TOF de un hospital Universitario en el norte de España. Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) del medicamento se analizaron en la población total, según sexo, factores de riesgo cardiometabólicos y líneas de tratamiento (1ª/2ª vs 3ª o más). Para analizar los factores de persistencia, se llevaron a cabo una regresión multivariante de Cox. Se registraron, además, eventos adversos.

Resultados:

Se han incluido 72 pacientes, 54 mujeres y 18 hombres. La mayoría han estado previamente con terapia biológica y moléculas orales dirigidas (PsA refractaria). La tabla 1 resume las principales características de la población del estudio. La mediana de supervivencia del TOF fue de 13 meses (95% CI: 5.3-29). La persistencia en el primer año fue del 50%. La figura 1 muestra la curva Kaplan-Meier de supervivencia del TOF para la población total. Ni el sexo, ni los factores cardiometabólicos, ni la línea de tratamiento influyeron en la supervivencia del TOF. Los pacientes más jóvenes [OR 0.96 (IC del 95%: 0.92-0.99), p:0.011] o aquellos con entesitis [OR 0.37 (IC del 95%: 0.15-0.92)], mostraron mayores probabilidades de persistencia de TOF. Por otro lado, los fumadores presentaron mayor riesgo de interrumpir el tratamiento con TOF [OR 2.58 (IC del 95% 1.05-6.39), p:0.04]. Los pacientes tratados previamente con metotrexato tuvieron mayor tasa de suspensión del tratamiento, sin ser estadísticamente significativo [OR 2.16 (IC del 95%: 0.96-4.86), p: 0.063]. De los 45 pacientes que suspendieron el medicamento, 24 (53.3%) lo hicieron por pérdida o falta de eficacia, 10 (22.2%) intolerancia, y el resto 11 (24.4%) debido a eventos adversos durante la exposición.

Conclusiones:

Tofacitinib ha mostrado buena persistencia en una población de PsA en su mayoría refractaria a biológicos y pequeñas moléculas orales. Los pacientes con entesitis podrían tener mejor respuesta al tratamiento con Tofacitinib. No detectamos nuevas señales de alarma con respecto a la seguridad.

Variable	Mujeres, n: 54	Hombres, n: 18	Total, n:72
Edad (años) (SD)	51.8 (10.5)	52.1 (13.0)	51.9 (11.1)
PsA duración (años) (SD)	10.3 (7.51)	10.8 (5.36)	10.4 (6.99)
Fumadores, n (%)	16 (29.6)	3 (16.7)	19 (26.4)
Patrón articular, n (%)			
Periférico	38 (70.4)	10 (55.6)	48 (66.7)
Axial	3 (5.6)	0 (0)	3 (4.2)
Mixto	13 (24.1)	8 (44.4)	21 (29.2)
Entesitis, n (%)	11 (20.4)	4 (22.2)	15 (20.8)
Tofacitinib línea, n (%)			
1	1 (1.9)	0 (0)	1 (1.4)
2	17 (31.5)	1 (5.6)	18 (25.0)
3	11 (20.4)	8 (44.4)	19 (26.4)
4	13 (24.1)	5 (27.8)	18 (25.0)
≥ 5	12 (22.2)	4 (22.2)	16 (22.2)
Duración tratamiento (meses), mediana [min, max]	7.44 [0.23, 42.8]	14.7 [0, 40.0]	10.0 [0, 42.8]

