

TRATAMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ARTRITIS REUMATOIDE

Laura Álvarez Ortiz, Clara Aguilera Cros , María Lisbona Muñoz.

INTRODUCCIÓN

No existe un tratamiento específico para la enfermedad pulmonar intersticial (EPID) secundaria a Artritis Reumatoide (AR) diferente al tratamiento de la AR sin afectación extra-articular. El tratamiento de estos pacientes es un **escenario clínico complejo**, motivo por el que recientemente se ha publicado el primer documento oficial SER SEPAR de recomendaciones con el fin de facilitar la **toma de decisiones en el manejo terapéutico** de estos pacientes.

OBJETIVOS

Analizar los diferentes regímenes de tratamiento en una cohorte de pacientes con EPID y AR en la práctica clínica habitual.

MÉTODO

Estudio descriptivo de **60 pacientes** atendidos en una **Consulta de EPID**, recogidos desde el 1/1/2020 hasta 1/1/2023. Se han incluido pacientes con diagnóstico de AR cumpliendo criterios ACR 2010, que presenten además diagnóstico de EPID secundaria según consenso SEPAR 2003. Por su parte la EPID se ha dividido en base a resultados TACAR: **NIU** (neumopatía intersticial usual) y **NO NIU**. Aprobado por Comité ético. Las variables cuantitativas se expresan como media (DE) y las variables dicotómicas como porcentajes (%). Análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron **24 hombres y 36 mujeres**, con edad media de **72±9 años** (media ±SD), historia de consumo de **tabaco** (fumadores 16%, no fumadores 41%, exfumadores 41%). El **95% fueron factor reumatoide positivo** y el **65% anticuerpos antipéptido citrulinado positivo**. Diagnóstico de EPID por TACAR en el 100% de los pacientes con diferentes patrones: NIU y NO NIU.

El 83% realizaron tratamiento (T) previo al diagnóstico de EPID con **glucocorticoides** y el 75% con fármacos modificadores de la enfermedad (**FAME**). Dentro de los FAME tradicionales utilizados estaban: **Metotrexate 66%** (no hubo ningún caso de Neumonitis por MTX), Leflunomida 43%, Hidroxicloroquina 26% y Sulfasalacina 20%. Terapia biológica previo al diagnóstico de EPID en 25% pacientes: **Etanercept 15%**, Adalimumab 5%, Infliximab 3%, Certolizumab 2%, Abatacept 2% y Rituximab 0%. Dos pacientes presentaron una exacerbación y rápida progresión de la EPID durante el T con Etanercept con resultado final de fallecimiento. T con inmunosupresores (IS) tras el diagnóstico de EPID en el 85% de los pacientes (**Azatioprina 21%**, **Rituximab 35%**, Abatacept 20%, anti-IL6 11'7%, Mofetil Micofenolato 10% y Ciclofosfamida 2%).

Doce pacientes que presentan una NIU-AR progresiva realizan T con antifibróticos: **11 con nintedanib** y **1 con pirfenidona**. En todos ellos el fármaco antifibrótico se ha añadido al T recibido hasta entonces (incluyendo corticoides, FAME o IS).

En cuanto al **trasplante pulmonar**, **3 de nuestros pacientes han sido candidatos** a ello y solo 1 se ha trasplantado con resultado positivo post-trasplante.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados, en general, coinciden con lo publicado en la literatura. Son necesarios estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño muestral, para definir mejor el T de la EPID asociada a AR.

