



BARICITINIB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 60 PACIENTES.



Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Jesús Alejandro Valero Jaimes², Marta Pastor Mena³, Rafael B Melero-Gonzalez⁴, David Castro-Corredor⁵, María Martín López⁶, Santos Castaneda⁷, Jesús Loarca-Martos⁸, Natalia Mena-Vazquez⁹, María del Carmen Carrasco Cubero¹⁰, Carolina Diez¹¹, Andrea Garcia-Valle¹², Juan María Blanco- Madrigal¹³, Natividad Del-Val¹⁴, Nuria Vegas-Revenga¹⁵, Lorena Pérez Albaladejo¹⁶, Rafaela Ortega- Castro¹⁷, Deseada Palma Sánchez¹⁸, Ana María Fernández Ortiz¹⁹, Patricia López Viejo²⁰, María América López Lasanta²¹, Marta Garijo Bufort²², Ivette Casafont-Sole²³, Juan Moreno Morales²⁴, Ana Urruticoechea-Arana²⁵, Carolina Pérez- Garcia²⁶, José Rosas-Gómez de Salazar²⁷, Delia Fernandez-Lozano²⁸, Leticia del Olmo Perez²⁹, José Ramon Lamua Riazuelo³⁰, Diego Ferrer³¹y Ricardo Blanco¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Grupo Inmunopatología, Reumatología, Santander, España, ²Hospital de Zumárraga, Reumatología, Zumarraga, España, ³Hospital de Jerez de la Frontera, Reumatología, Cádiz, España, ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Reumatología, Ourense, España, ⁵Hospital General Universitario de Ciudad Real, Reumatología, Ciudad Real, España, ⁶Hospital 12 de Octubre, Reumatología, Madrid, España, ⁷Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Reumatología, Madrid, España, ⁸Hospital Ramon y Cajal, Reumatología, Madrid, España, ⁹Hospital Universitario de Málaga, Reumatología, Málaga, España, ¹⁰CHU Infanta Cristina, Badajoz, Reumatología, Badajoz, España, ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León, Reumatología, León, España, ¹²Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Reumatología, Palencia, España, ¹³Hospital de Basurto, Reumatología, Basurto, España, ¹⁴Hospital Universitario de Navarra, Reumatología, Pamplona, España, ¹⁵Hospital Galdakao – Usansolo, Reumatología, Galdakao, España, ¹⁶Hospital Universitario de Jaén, Reumatología, Jaén, España, ¹⁷HU Reina Sofía, Reumatología, Córdoba, España, ¹⁸Hospital Rafael Méndez, Reumatología, Lorca, España, ¹⁹CHU Badajoz, Reumatología, Badajoz, España, ²⁰Hospital Severo Ochoa, Reumatología, Leganés, España, ²¹Hospital Vall d Hebron, Reumatología, Barcelona, España, ²²Hospital de Sagunto, Reumatología, Sagunto, España, ²³Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Reumatología, Badalona, España, ²⁴Hospital Universitario Santa Lucía, Reumatología, Cartagena, España, ²⁵Hospital Universitario Son Espases, Reumatología, Mallorca, España, ²⁶Hospital del Mar, Reumatología, Barcelona, España, ²⁷Hospital Marina Baixa, Reumatología, Villajoyosa, España, ²⁸Hospital de Mérida, Reumatología, Mérida, España, ²⁹HGU Nuestra Señora del Prado , Reumatología, Talavera de la Reina, España, ³⁰Hospital Universitario del Henares, Reumatología, Coslada, España, ³¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Neumología, Santander, España.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular grave de la Artritis Reumatoide (AR) que determina un peor pronostico, considerándose la principal causa de mortalidad en pacientes con AR, únicamente por detrás de la enfermedad cardiovascular [1]. Abatacept y rituximab son los fármacos recomendados [2-3]. Los inhibidores de la JAK (JAKi) han demostrado su eficacia en la AR. Los JAKi aprobados por la Food and Drugs Administration (FDA) y la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para el tratamiento de la AR son tofacitinib (TOFA), baricitinib (BARI), upadacitinib y filgotinib. La evidencia sobre la eficacia de BARI en la AR-ILD es cada vez mayor [4].

OBJETIVOS

Evaluar a) la eficacia y b) la seguridad de BARI en pacientes con AR-ILD.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico nacional de 60 pacientes con AR-ILD en tratamiento con BARI. Se analizaron los siguientes resultados desde el inicio: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión de los pulmones para el monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución torácica (TACAR), d) disnea (escala modificada del Consejo de Investigación Médica), e) actividad de la artritis (DAS28 o registros clínicos), y f) efecto ahorrador de corticosteroides.

RESULTADOS

Se estudiaron 60 pacientes (44 mujeres / 16 hombres; edad media 67±11 años) de la práctica clínica en tratamiento con BARI. En la tabla se muestran las características demográficas y clínicas basales. Todos los pacientes habían recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) antes de BARI [Metotrexato (52;87%), Leflunomida (41; 68%), Sulfasalazina (18; 30%), Abatacept (38; 63%), Tocilizumab (24; 40%), Adalimumab (18; 30%) y Rituximab (15; 20%)]. La mediana [RIQ] de la duración de la EPI hasta el inicio de los BARI fue de 25 [16-62] meses. Los valores basales medios de CVF y DLCO (% predicho) fueron 87±27 y 68±19, respectivamente. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante media±DE de 37±23 meses. La evolución de la CVF y la DLCO se mantuvo estable durante los primeros 24 meses (figura). Al final del seguimiento, las imágenes de TACAR de tórax disponibles mejoraron/se estabilizaron en el 78% de los pacientes. Se observó estabilización o mejoría de la disnea en el 85% de los pacientes. La mayoría de los pacientes mostraron remisión articular o baja actividad. El BARI se retiró en 26 (44%) pacientes debido a ineficacia articular (n=18), ineficacia pulmonar (n=5), desarrollo de neumonitis por hipersensibilidad (n=1), afectación ocular (n=1) y aparición de cáncer cerebral (n=1).

CONCLUSIÓN

BARI podría ser seguro y útil en el control de la enfermedad pulmonar y articular en pacientes con AR-ILD.

	AR-EPI con BARI (n=60)
Edad, años media±DE	67 ± 11
Mujer, n (%)	44 (73)
Tabaquismo, n (%)	35 (58)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	25 [16-62]
FR, n (%)	56 (93)
APCC, n (%)	56 (93)
Erosiones óseas, n (%)	31 (52)
Dosis Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	5 [3-10]
CVF (% pred), media±DE	87 ± 27
DLCO (% pred), media±DE	68 ± 19
Patrón NIU en TACAR, n (%)	26 (45)
Patrón NINE en TACAR, n (%)	21 (36)
Actividad articular, n (%)	54 (92)
Inmunosupresor previo, n (%)	
FAME convencional / biológico	59 (98) / 51(85)
Inmunosupresor concomitante, n (%)	27 (60)
Antifibrótico concomitante, n (%)	6 (10)

Tabla. Características basales de los pacientes con AR-EPI tratados con BARI.

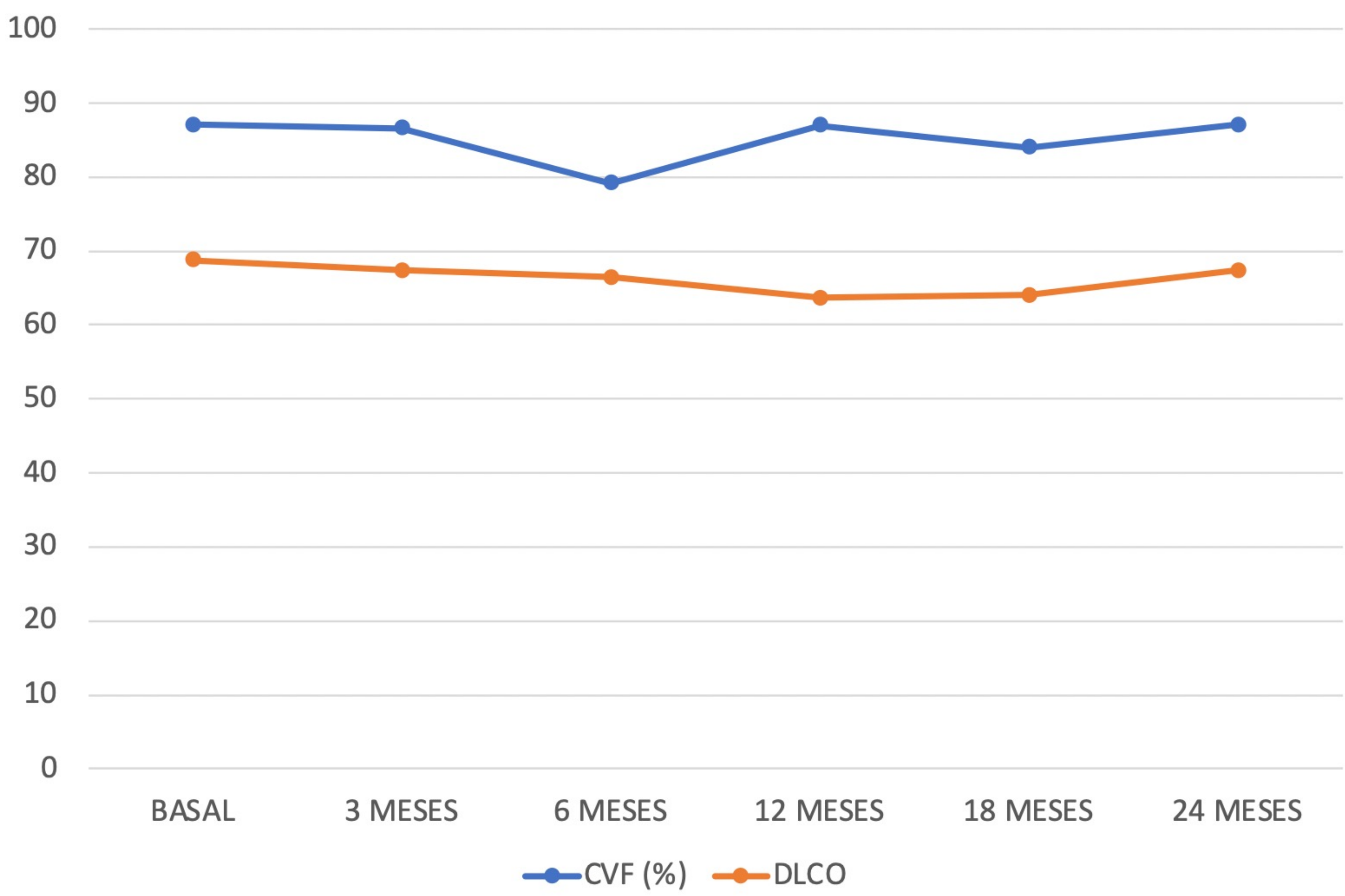


Figura. Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la FVC y DLCO pred) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con BARI al inicio y a los 24 meses.