

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. VENTANA DE OPORTUNIDAD CON ABATACEPT EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 526 PACIENTES.

Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Libe Ibarrola Paino², Ivette Casafont-Sole³, Jesús Loarca-Martos⁴, Juan María Blanco-Madrigal⁵, Santos Castaneda⁶, Rafaela Ortega-Castro⁷, Natalia Mena- Vazquez⁸, Nuria Vegas-Revenga⁹, Lucia Domínguez Casas¹⁰, Cilia Peralta-Gines¹¹, M.Retuerto-Guerrero¹², Lorena Pérez Albaladejo¹³, Rubén Lopez-Sanchez¹⁴, M^a Guadalupe Mazano Canabal¹⁵, Anahy Brandy- Garcia¹⁶, Patricia López Viejo¹⁷, Gema Bonilla¹⁸, Olga Maiz¹⁹, María del Carmen Carrasco Cubero²⁰, Marta Garijo Bufort²¹, Mireia Moreno²², Ana Urruticoechea-Arana²³, Sergi Ordóñez²⁴, C. González-Montagut Gomez²⁵, Andrea Garcia-Valle²⁶, Juan Ramon De Dios Jiménez de Aberasturi²⁷, María Martín López²⁸, Tomas Vázquez Rodríguez²⁹, Delia Fernández- Lozano³⁰, Ignacio Braña Abascal³¹, Rafael B Melero- Gonzalez³², Emilio Giner³³, Virginia Ruiz³⁴, Clara Ventín-Rodríguez³⁵, Marina Rodríguez Lopez³⁶, Pablo Andujar-Brazal³⁷, J. Fernández-Melón²³, Lilian María Lopez³⁸, José Ramon Lamua Riazuelo³⁹, Carlos Fernandez-Díaz⁴⁰, Javier Loricera¹, Diego Ferrer⁴¹, Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a la Artritis Reumatoide.

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Grupo Inmunopatología, Santander, España; ²Hospital Universitario de Navarra, Reumatología, Santander, España; ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Reumatología, Badalona, España; ⁴Hospital Ramon y Cajal, Reumatología, Madrid, España; ⁵Hospital de Basurto, Reumatología, Bilbao, España; ⁶Hospital Universitario La Princesa, Reumatología, Madrid, España; ⁷HU Reina Sofía, Reumatología, Córdoba, España; ⁸Hospital Regional de Málaga, Reumatología, Málaga, España; ⁹Hospital Galdakao-Usansolo, Reumatología, Galdakao, España; ¹⁰Hospital Universitario San Agustín, Reumatología, Avilés, España; ¹¹Hospital Clínico Lozano Blesa, Reumatología, Zaragoza ,España; ¹²Hospital de León, Reumatología, León, España; ¹³Hospital Universitario de Jaén, Reumatología, Jaén, España; ¹⁴H. Negrín Las Palmas, Reumatología, Las Palmas, España; ¹⁵Complejo Asistencial de Zamora, Reumatología, Zamora, España; ¹⁶H. Universitario Abuenes, Reumatología, Gijón, España; ¹⁷Hospital Severo Ochoa, Reumatología, Leganés, España; ¹⁸Hospital Universitario La Paz, Reumatología, Madrid, España; ¹⁹Hospital Universitario de Donostia, Reumatología, Donostia, España; ²⁰CHU Infanta Cristina, Reumatología, Badajoz, España; ²¹Hospital de Sagunto, Reumatología, Valencia, España; ²²Parc Tauli Hospital Universitari, Reumatologia, Sabadell, España; ²³Hospital Son Espases, Reumatología, Palma, España; ²⁴Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Reumatologia, Lleida, España; ²⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Reumatología, Valladolid, España; ²⁶Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Reumatología, Palencia, España; ²⁷Hospital de Araba, Reumatología, Vitoria, España; ²⁸Hospital Universitario 12 de Octubre, Reumatología, Madrid, España; ²⁹Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Reumatología, Ferrol, España; ³⁰Hospital de Mérida, Reumatología, Mérida, España; ³¹Hospital Universitario Central de Asturias, Reumatología, Oviedo, España; ³²Hospital de Ourense, Reumatología, Ourense, España; ³³Hospital Royo Villanova, Reumatología, Zaragoza, España; ³⁴Hospital Clinic de Barcelona, Reumatología, Barcelona, España; ³⁵Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Reumatología, A Coruña, España; ³⁶H. Clínico Santiago de Compostela, Reumatología, Santiago de Compostela, España; ³⁷HU Doctor Peset, Reumatología, Valencia, España; ³⁸H, Son Llatzer, Reumatología, Palma de Mallorca, España; ³⁹Hospital Universitario del Henares, Reumatología, Madrid, España; ⁴⁰Hospital Reina Sofía, Reumatología, Murcia, España, ⁴¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Neumología, Santander, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR). El Abatacept (ABA) ha demostrado eficacia en el tratamiento de la EPI-AR, especialmente si se inicia precozmente durante la EPI [1-2].

OBJETIVOS

Comparar la eficacia del ABA en pacientes con EPI en función de la duración de la afectación pulmonar.

MÉTODOS

Estudio nacional multicéntrico de 526 pacientes con EPI-AR tratados con ABA. Se comparó el inicio de ABA en una fase temprana (≤6 meses desde el diagnóstico de EPI) (EPI-ARprecoz) con aquellos en los que se inició la ABA ≥2 años (EPI-ARTardío). Se analizaron los siguientes desenlaces: a) capacidad vital forzada (CVF), b) prueba de difusión de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) torácica, d) disnea y e) actividad articular.

RESULTADOS

Se incluyó el grupo EPI-ARprecoz (n=223) y EPI-ARTardío (n=170). Las principales características basales se muestran en la tabla. La CVF media basal fue significativamente superior en el grupo EPI-ARprecoz. En la figura se muestra la evolución de la CVF y la DLCO durante 48 meses. Ambos parámetros se mantuvieron estables o con descensos discretos, de forma similar en ambos grupos (p NS respecto a la basal). Sin embargo, los valores de la CVF siempre fueron estadísticamente inferiores en el grupo EPI-ARTardío). Las imágenes de TACAR de tórax disponibles mejoraron/se estabilizaron en el 74% y el 57% de los pacientes del grupo EPI-ARprecoz y EPI-ARTardío, respectivamente. Se encontró estabilización o mejoría de la disnea en la mayoría de los pacientes de ambos grupos .

CONCLUSIÓN

ABA parece estabilizar el curso de la EPI independientemente de la duración de la misma. Sin embargo, este estudio sugiere la existencia de una “ventana de oportunidad” y la administración precoz de ABA parece preferible para preservar la función pulmonar.

	Total AR-EPI pacientes (n=526)	EPI-AR precoz (n=223)	EPI-AR tardía (n=170)	p
Edad, años, media±DE	66 ± 10	66 ± 10	66 ± 10	0.72
Mujer, n (%)	292 (56)	120 (54)	103 (60)	0.86
Tabaquismo, n (%)	280 (53)	122 (55)	88 (52)	0.56
Tiempo diagnóstico EPI - inicio ABA, meses, mediana [RIQ]	9 (2-36)	2 (1-4)	51 (36-90)	<0.001
RF n (%); ACPA n (%)	459 (87); 451 (86)	194 (87); 192 (86)	151 (89); 144 (86)	0.58; 0.83
DAS28-ESR	4.44 ± 2.13	4.33 ± 2.69	4.41 ± 1.63	0.79
<i>Patrón EPI en TACAR n (%)</i>				
NIU	237 (46)	102 (47)	73 (44)	0.73
NINE	153 (29)	67 (31)	51 (30)	
FVC (% pred) media±DE	86 ± 22	87 ± 24	81 ± 19	0.011
DLCO (% pred) media±DE	66 ± 20	64 ± 21	64 ± 21	0.53
ABA monoterapia n (%)	232 (45)	102 (47)	76 (46)	0.68
ABA combinado n (%)	282 (54)	114 (53)	91 (55)	
Dosis prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	5 (5-10)	7.5 (5-10)	5 (5-10)	0.27
<i>Inmunosupresores previos n (%)</i>				
MTX	394 (75)	177 (80)	124 (73)	0.12
Leflunomide	244 (46)	99 (44)	79 (46)	0.68
Sulfasalazine	72 (14)	29 (13)	24 (14)	0.75
Hydroxychloroquine	164 (31)	72 (32)	53 (31)	0.82
Anti-TNF drugs (IFX; ADA; ETA)	42 (8); 70 (13); 75 (14)	14 (6); 37 (17); 30 (13)	13(8); 19 (11); 26 (15)	0.60; 0.13; 0.61
Rituximab	64 (12)	22 (10)	25 (15)	0.16
Tocilizumab	56 (10)	25 (11)	18 (11)	0.83

Tabla. Principales características generales al inicio del estudio de los pacientes con AR-EPI de inicio temprano vs tardío de ABA en el curso de la EPI.

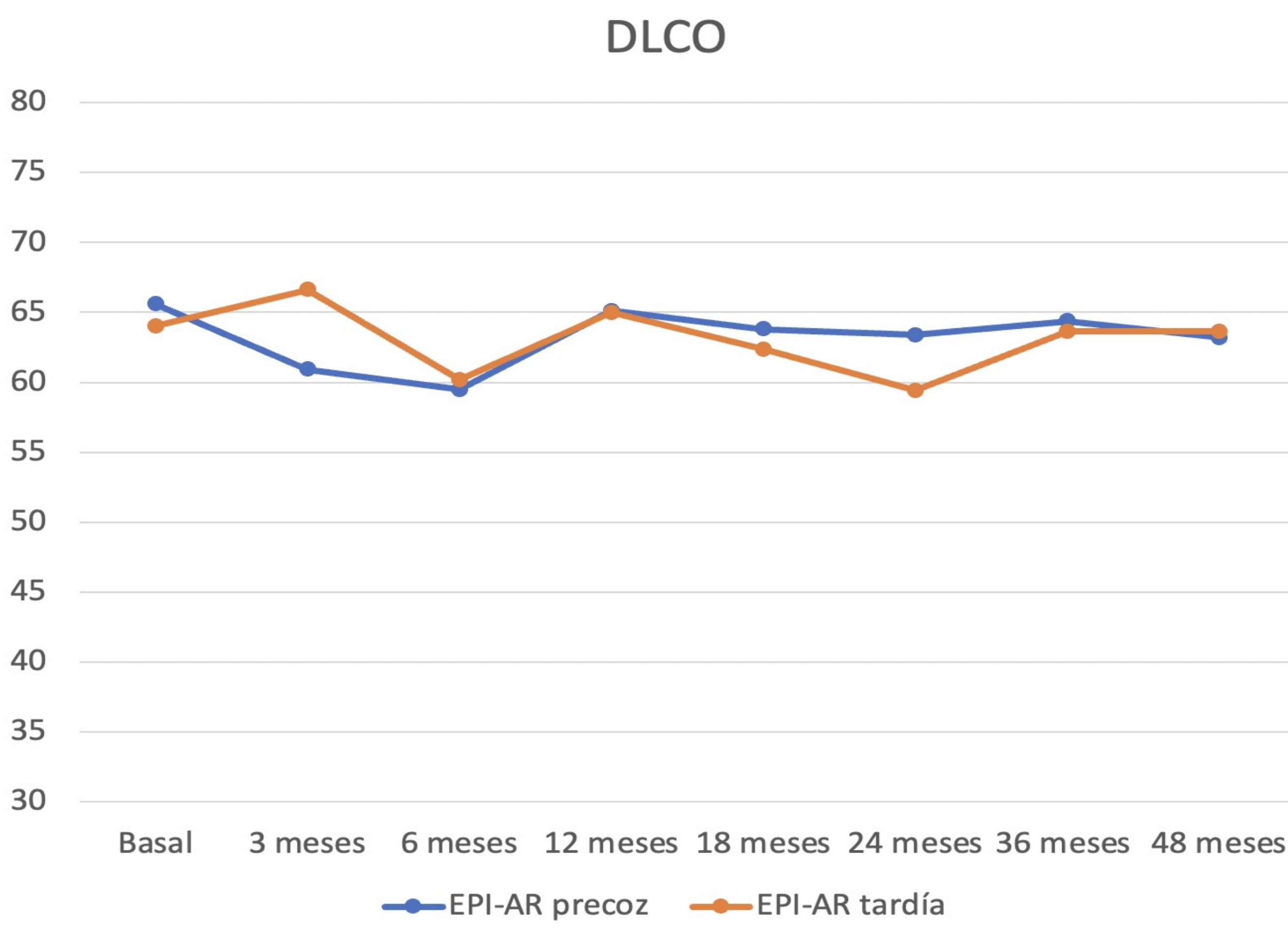
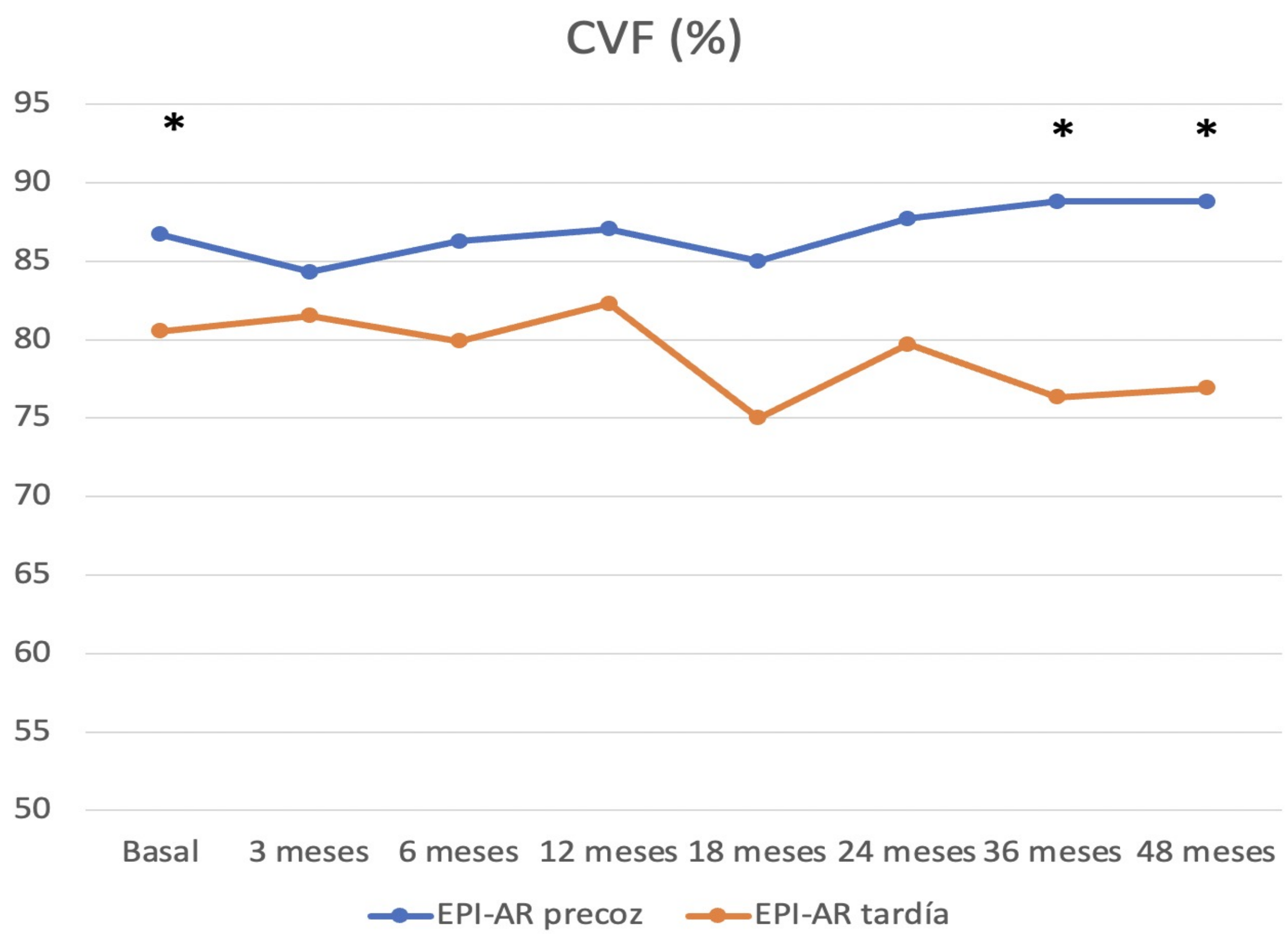


Figura. Evolución de las pruebas de función respiratoria en pacientes con EPI-AR de inicio "precoz" y "tardío" de ABA en el curso de la EPI. La CVF y la DLCO se expresan como media (IC 95%). * p<0,05

[1] Fernández-Díaz C, et al. Rheumatology (Oxford). 2020 Dec 1;59(12):3906-3916; [2] Fernández-Díaz C, et al. Rheumatology (Oxford). 2021 Dec 24;61(11):299-308.