



ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL PROGRESIVA CON ABATACEPT: DATOS DE UNA GRAN COHORTE MULTICÉNTRICA NACIONAL



Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Libe Ibarrola Paino², Ivette Casafont-Sole³, Jesús Loarce-Martos⁴, Juan María Blanco-Madrigal⁵, Santos Castaneda⁶, Rafaela Ortega-Castro⁷, Natalia Mena- Vazquez⁸, Nuria Vegas-Revenga⁹, Lucia Domínguez Casas¹⁰, Cilia Peralta-Gines¹¹, Carolina Díez¹², Lorena Pérez Albaladejo¹³, Rubén Lopez-Sanchez¹⁴, M^a Guadalupe Mazano Canabal¹⁵, Anahy Brandy- García¹⁶, 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 García-Valle²⁶, Juan Ramon De Dios Jiménez de Aberasturi²⁷, Patricia Carreira²⁸, 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-Braza³⁷, 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, Reumatología, Sabadell, España; ²³Hospital Son Espases, Reumatología, Palma, España; ²⁴Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Reumatología, 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 manifestación extraarticular grave de la artritis reumatoide (AR). Abatacept (ABA) ha demostrado eficacia en el tratamiento de la EPI-AR, independientemente de que se combine o no con metotrexato y del patrón radiológico [1-3]. Aunque los resultados globales son satisfactorios, hay pacientes que presentan progresión de la EPI a pesar de su uso. La caracterización de este grupo de pacientes es crucial para su identificación precoz y manejo.

OBJETIVOS

Evaluar a) los pacientes AR-ILD tratados con ABA con progresión de la EPI y b) estudio comparativo con pacientes sin progresión.

MÉTODOS

A partir de un amplio estudio multicéntrico observacional de 526 pacientes con EPI por AR tratados con ABA, seleccionamos a los que disponían de datos de seguimiento de pruebas de función respiratoria (PFR). La progresión de la EPI se definió como un descenso absoluto de la capacidad vital forzada (CVF) de ≥10% en los 2 años de seguimiento desde el inicio de ABA (figura). Se compararon las variables demográficas y clínicas de los pacientes con progresión de la EPI frente a los pacientes con mejoría o estabilización de la EPI. Los resultados se expresan como porcentaje, medias o mediana [RIQ].

Tabla. Comparación de las principales características basales de los pacientes con EPI en AR tratados con ABA divididos en grupos con progresión de EPI y sin progresión de EPI.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 343 pacientes con datos disponibles sobre la evolución de la CVF, de los cuales 80 (23,3%) presentaron progresión de la EPI y 263 (76,7%) tuvieron una evolución favorable de la función pulmonar. Las características demográficas y clínicas basales diferenciales entre estos 2 grupos de pacientes se muestran en la Tabla. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, tabaquismo, duración de la EPI hasta el inicio de ABA, positividad de factor reumatoide o autoanticuerpos antipéptido citrulinado, tratamiento combinado, dosis de prednisona, PFR basales o patrón radiológico. Las diferencias en la disnea basal y el tratamiento previo con metotrexato y tocilizumab fueron estadísticamente significativas

	EPI progresiva (n=80)	No EPI progresiva (n=263)	p
Edad, años, media±DE	66±10	65±10	0,46
Mujer, n (%)	50 (63)	141 (54)	0,16
Tabaquismo, n (%)	39 (49)	151 (57)	0,17
Tiempo desde diagnóstico AR hasta diagnóstico EPI, meses, mediana [RIQ]	36 [1-131]	48 [8-139]	0,82
Tiempo desde diagnóstico EPI hasta inicio ABA, meses, mediana [RIQ]	10 [2-30]	11 [3-36]	0,38
FR // ACPA, n (%)	70 (86); 70 (86)	234 (89); 224 (85)	0,71; 0,7
Artritis activa, n (%)	44 (77)	133 (180)	0,62
CVF; DLCO (% predicho), media±DE	86±20; 62±19	84±21; 65±21	0,60; 0,16
Disnea (Escala mMRC), mediana [RIQ]	1 [1-2]	1 [0-2]	0,01
Patrón NIU TACAR, n (%)	43 (51)	132 (51)	0,46
Patrón NINE TACAR, n (%)	20 (25)	78 (30)	
Inmunosupresores previos, n (%)			
MTX / SSZ / LFN	50 (63); 11 (14); 31 (39)	198 (76); 34 (13); 123 (47)	0,02 ; 0,85; 0,21
Anti-TNF // RTX // TCZ	17 (80); 8 (10); 4 (5)	77 (29); 38 (14); 34 (13)	0,16; 0,3; 0,048
Inhibidores de la JAK	1 (1)	12 (5)	0,16
ABA monoterapia/combinado con FAMEc, n (%)	31 (39)	127 (49)	0,29
Ruta de administración de ABA, iv [n (%)] ; sc [n (%)]	12 (15); 66 (85)	48 (20); 193 (80)	0,37
Antifibrótico concomitante, n (%)	8 (13)	22 (10)	0,64
Dosis Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	7,5 [5-10]	5 [5-10]	0,69

CONCLUSIÓN

Casi una cuarta parte de los pacientes en tratamiento con ABA presentaron progresión de la EPI. Hubo pocas diferencias entre el grupo progresivo y el no progresivo. Aunque ABA ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la EPI en la AR, su respuesta debe vigilarse estrechamente en todos los pacientes para detectar precozmente la progresión.

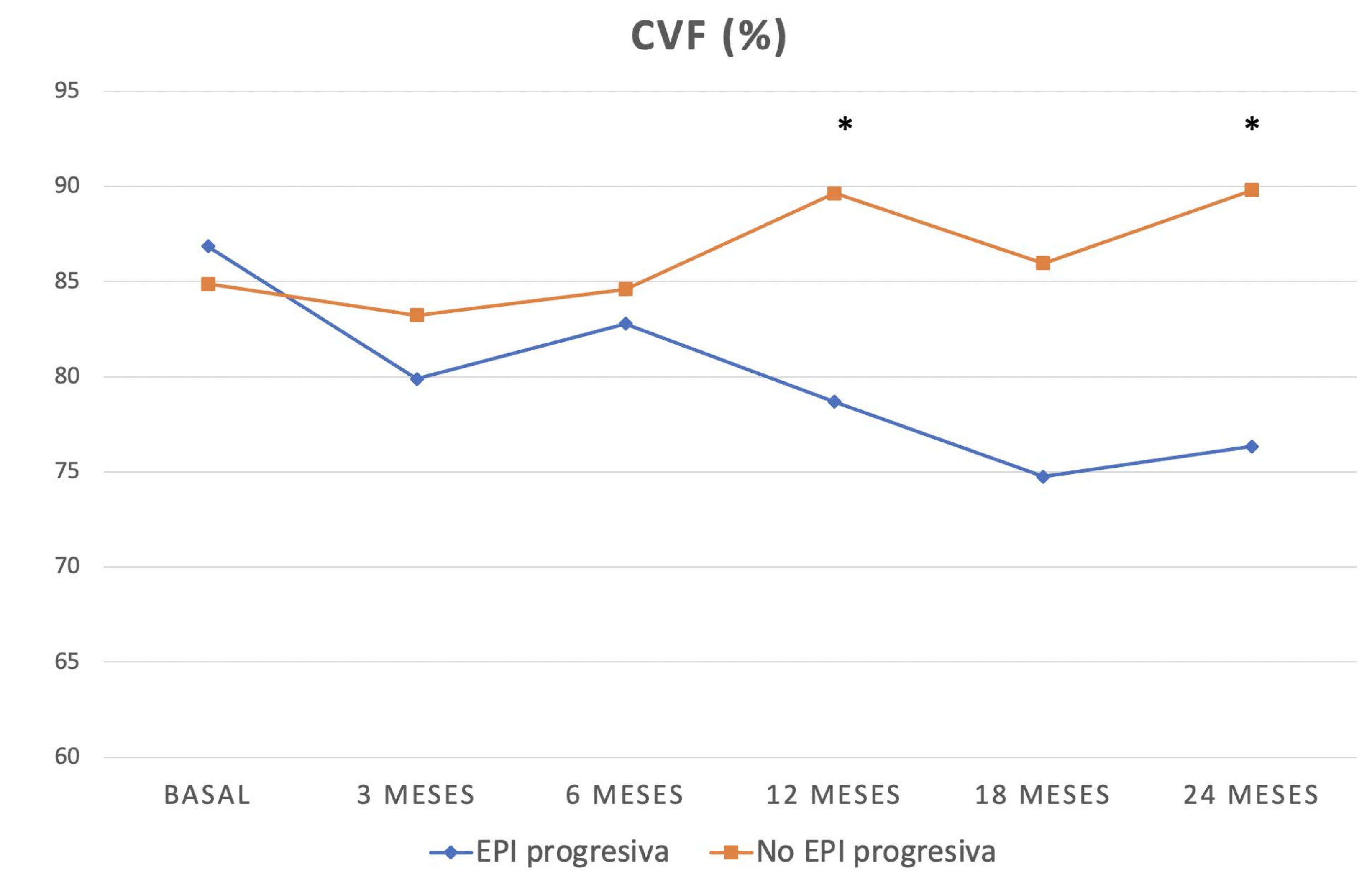


Figura. Evolución de la CVF en los pacientes incluidos en el grupo "progresión de la EPI" frente a los incluidos en "no progresión de la EPI". * p<0,05

