

# Evolución de los parámetros en pruebas de función respiratoria (PFR) en pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial asociada a Artritis Reumatoide tratados con abatacept frente a rituximab

Mónica Rico-Muñoz<sup>1</sup>; Lourdes Ladehesa-Pineda<sup>1,2,3</sup>; I. C. Aranda-Valera<sup>1,2,3</sup>; Santiago Dans-Caballero<sup>1,3</sup>; Clementina López-Medina<sup>1,2,3</sup>; Alejandro Escudero-Contreras<sup>1,2,3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Reina Sofía; <sup>2</sup> Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); <sup>3</sup> Universidad de Córdoba



## Introducción

La **Artritis Reumatoide** es una enfermedad con una prevalencia estimada en torno al 1% de la población mundial, de estos pacientes, hasta un 60% presentan afectación pulmonar, siendo en su mayoría en forma de **Enfermedad Pulmonar Intersticial** (EPID) lo cual otorga una mayor morbimortalidad a estos pacientes.

Dado que no todos los tratamientos que han mostrado eficacia en Artritis Reumatoide han podido demostrarla en EPID, es de vital importancia estudiar en profundidad aquellos tratamientos que puedan tener un **mayor efecto a nivel tanto articular como pulmonar**.

Dentro de los fármacos biológicos con eficacia demostrada en AR, algunos de los que mayor evidencia han demostrado en EPID hasta el momento son **Abatacept** y **Rituximab**, por lo que en este estudio comparamos el efecto de ambos fármacos en pacientes con AR y EPID a nivel de las **pruebas de función respiratoria** (PFR).

## Objetivos

1. Determinar el efecto sobre las pruebas funcionales respiratorias de los fármacos Abatacept y Rituximab en los pacientes de nuestra cohorte.
2. Evaluar si existen diferencias entre el efecto de abatacept y rituximab sobre la progresión en las pruebas de función respiratoria en los pacientes de nuestra cohorte y el sentido de las mismas en caso de existir.

## Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 55 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide y EPID tratados con Abatacept o Rituximab en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante los últimos 20 años. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes tratados por menos de un año. Se evaluaron los resultados de las PFR (Capacidad Vital Forzada -FVC-, Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo -FEV1-, índice de Tiffeneau, Difusión de monóxido de Carbono -DLCO- y difusión de monóxido de carbono ajustada por volumen alveolar -KCO-) al inicio del tratamiento y tras 24 meses de seguimiento. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS v29

## Resultados

Las características de la población incluida se describen en la *tabla 1*. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la media de FVC al inicio del tratamiento y la FVC tras dos años de tratamiento en ambos grupos de tratamiento (p=0,757 para ABA y p=0,203 para RTX). Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas tras dos años de tratamiento en el resto de parámetros, FEV1 (p=0,256 para ABA y p=0,426 para RTX), media de FEV1/FVC (p=0,125 para ABA y p=0,210 para RTX), media de DLCO (p= 0,422 para ABA y p=0,349 para RTX) ni entre la media de KCO (p=0,276 para ABA y p=0,349 para RTX) (*figura 1*). Asimismo, no se encontraron diferencias entre ambos grupos farmacológicos sobre la proporción de pacientes que progresaron al menos un 10% de la FVC (p=0,185), al menos un 5% y los que no progresaron (p= 0,11).

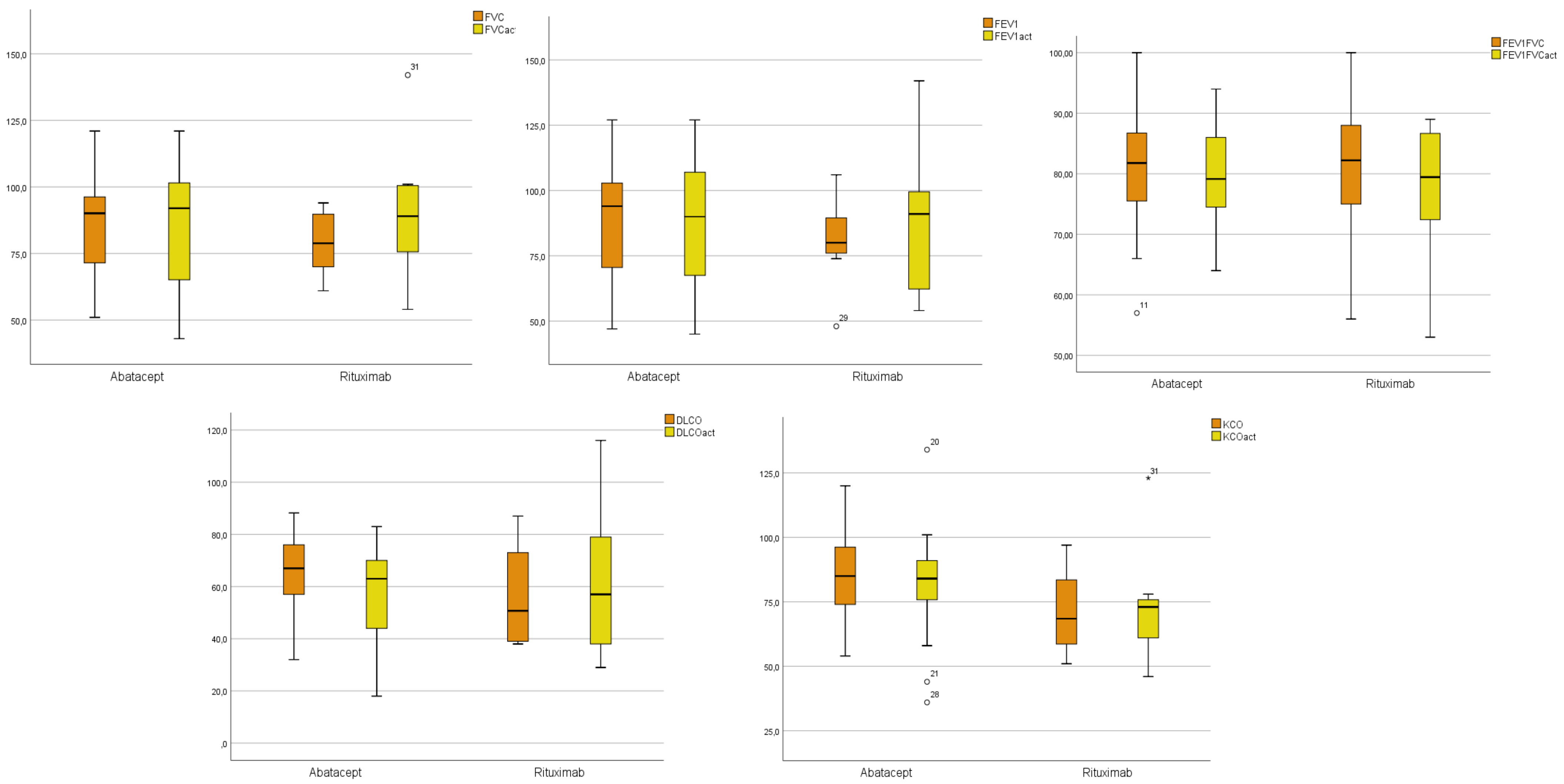


Figura 1. Resultados de las Pruebas de Función respiratoria al inicio y en el segundo tiempo de seguimiento para cada fármaco.

POBLACIÓN TOTAL CON EPID ASOCIADA A AR N=55			
		ABA (n=37)	RTX (n=18)
Sexo hombre (%)		19 (51,4)	7(38,9)
Edad media (DS)		66,92 (9)	67,33 (10,9)
ACPA + (%)		31 (83,8)	15 (83,3)
FR + (%)		31 (83,8)	17 (94,4)
ANA + (%)		16 (43,2)	7 (38,9)
AFAR (%)		9 (24,3)	0
EPOC (%)		2 (5,4)	1 (5,6)
AP Derrame Pleural (%)		1 (2,7)	2 (11,1)
Nódulos Pulmonares (%)		10 (27)	10 (55,6)
Fumador	Presente (%)	3 (8,1)	6 (33,3)
	Pasado (%)	17 (45,9)	5 (27,8)
	Nunca (%)	17 (45,9)	7 (38,9)
Diabetes Mellitus (%)		8 (21,6)	3 (16,7)
HTA (%)		19 (51,3)	9 (50)
Patrón EPID	NIU (%)	10 (27)	7 (38,9)
	NINE (%)	4 (10,8)	1 (5,6)
	Indeterminado para NIU (%)	18 (48,6)	5 (27,8)
	Bronquiolitis (%)	1 (2,7)	2 (11,1)
	Sin definir (%)	4 (10,8)	3 (16,7)
DAS28 al inicio (media, DS)		3,8 (1,54)	3,57 (1,25)
PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS AL INICIO DEL FÁRMACO			
		ABA (n=33)	RTX (n=15)
Saturación basal (media, DS)		96,17 (5)	96,33 (1,99)
FEV1% (media, DS)		91,52 (22,07)	81,32 (14,7)
FVC% (media, DS)		88,03 (19,62)	80,84 (13,98)
FEV1/FVC (media, DS)		83,66 (12,89)	80,03 (11,71)
DLCO (media, DS)		64,26 (15,76)	58,19 (18,85)
KCO (media, DS)		83,1 (16,12)	73,06 (16,01)
<b>Tabla 1. Características de la población incluida en el estudio</b>			
ACPA: Anticuerpos anti péptido cíclico citrilinado; FR: Factor reumatoide; AF AR: antecedentes familiares de Artritis Reumatoide; EPOC: Enfermedad pulmonar obstruciva crónica; AP: antecedentes personales; HTA: Hipertensión Arterial; EPID: Enfermedad pulmonar intersticial difusa; NIU: neumonía intersticial usual; NINE: neumonía intersticial no específica; DAS28: Disease Activity Score (índice de actividad en Artritis reumatoide); FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono; KCO: Coeficiente de Transferencia del monóxido de Carbono.			

## Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio muestran que tanto el tratamiento con Abatacept como el tratamiento con Rituximab lograron una estabilidad en los resultados de las PFR en los pacientes con EPID asociada a AR, no produciéndose una progresión significativa en ninguno de los parámetros evaluados durante el tiempo de seguimiento. De igual manera, los resultados de nuestro estudio mostraron que no parece haber diferencias entre ambos fármacos sobre la progresión de las PFR.