

# EFICACIA DE ABATACEPT EN EL DOMINIO ARTICULAR Y PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

P. Muñoz-Reinoso, D. Decán-Bardasz, G. Jurado-Quijano, I. Fernández-Maeztu Palacín, J.J. Pérez-Venegas

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

## INTRODUCCIÓN

Abatacept (ABA) es un modulador selectivo de la coestimulación de linfocitos T que bloquea la cascada de inflamación sinovial, demostrando eficacia en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). Presenta un buen perfil de seguridad, estando especialmente indicado en pacientes que asocian Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID).

## OBJETIVOS

Analizar la eficacia de ABA en el dominio articular y pulmonar. Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que han recibido al menos dos dosis.

## MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, en el que se incluyen pacientes con AR en tratamiento con ABA revisados en consultas de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena, desde el 2012 al 2022. Se analizan datos obtenidos de historias clínicas. Se utiliza el software estadístico SPSS v28. Ha sido aprobado por el CEIC.

## RESULTADOS

Se incluyen 78 pacientes, 60 (77%) mujeres, con edad media de 67,9 años (65,4-70). El tiempo de evolución de la AR fue 20,6 años (18,1-22,9). El 79,2% (61) tiene FR y APCC positivo, 85,9% (67) enfermedad erosiva y 18,4% (14) son fumadores activos. El 53,8% (42) presentan manifestaciones extraarticulares, 21 (26,9%) EPID (61,9% NIU), 13 (16,7%) nódulos reumatoide, 12 (15,4%) Síndrome de Sjögren y 2 (2,6%) Hipertensión Pulmonar. La edad media al diagnóstico de EPID fue 63,1 años (58,5-67,8), el tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la AR hasta el de EPID fue 9,2 años (4-14,3), los años de evolución fueron 7,3 (4,9-9,6). Pevio al inicio de ABA, el 94,9% (74) estuvo con FAMEsc (33,3%  $\geq$  tres), 91% (71) Metotrexato; el 70,5% (55) con FAMEb (30,8%  $\geq$  dos), Etanercept (43,6%), seguido de Adalimumab (19,2%), Inhibidores de IL6 (17,9%) y Rituximab (12,8%), entre otros. ABA fue prescrito como primer FAMEb en el 29,5% (23) de los casos, el 57,1% con EPID. Transcurren 13,2 años (10,9-15,4) desde el diagnóstico de AR hasta el inicio de ABA. La dosis de 125mg s.c. fue empleada en el 80,5% (62). El 65,4% (51) tenía asociado FAMEsc, 68% (32) Metotrexato con dosis media de 10-15mg. Tras el inicio de ABA, 60,6% alcanzó remisión clínica y 62% baja actividad de la enfermedad por DAS28PCR. De media transcurren 8,9 meses (6,1-11,6) hasta alcanzar la remisión; 11,6 meses (7,3-15,9) en monoterapia y 7,1 (3,4-10,8) asociado a FAMEsc ( $p=0.038$ ). Durante el tratamiento con ABA, hubo una reducción significativa del DAS28PCR, NAT y NAD ( $p=0.015$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ) (Gráfico 1); no diferencias entre monoterapia o combinación. El 91,6% permaneció estable o mejoró de la EPI por TCAR y el 69,2% según las PFR (descenso de la FVC  $<10\%$  y DLCO  $<15\%$ ) (Gráfico 2). La mediana de supervivencia de ABA fue de 36 meses (23,6-48,4); monoterapia 46 (3,2-88,8) y combinación 36 (10,9-51,0) ( $p=0.894$ ). La persistencia al año fue de 64,1% y 50% a los 2 años. Un 10,3% (8) tuvo eventos adversos, todos de carácter leve. El 61,5% (48) suspendió ABA, 54,2% (26) por fallo secundario, de estos estuvieron en remisión completa de media 24,2 meses (13,6-34,8). Hubo 7 fallecimientos, ningún relacionado con el tratamiento.

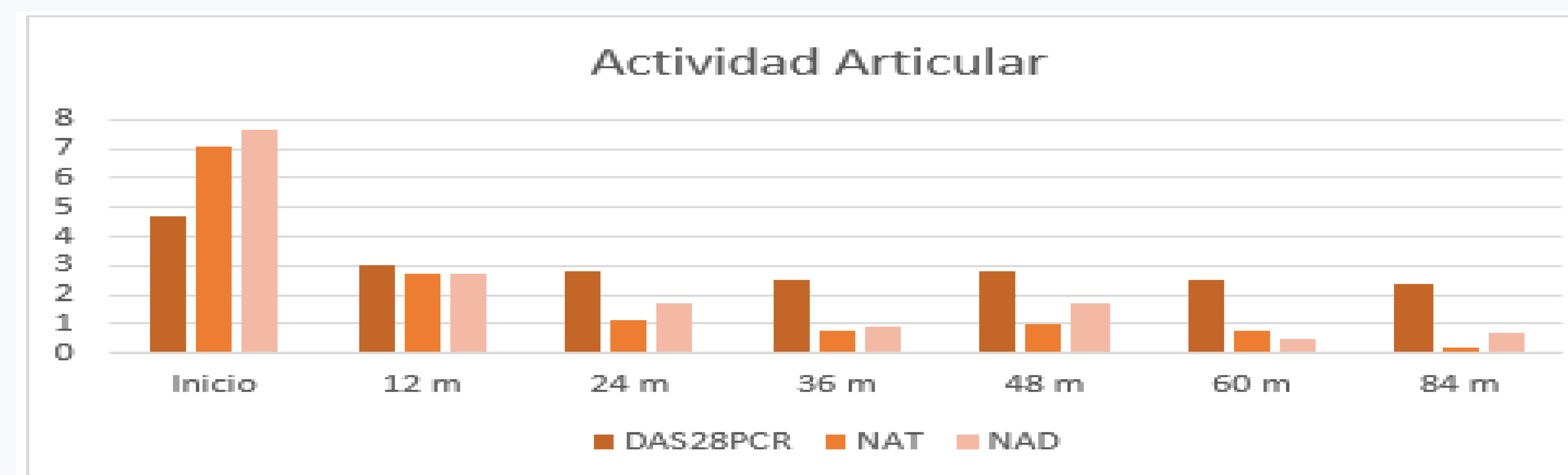


Gráfico 1

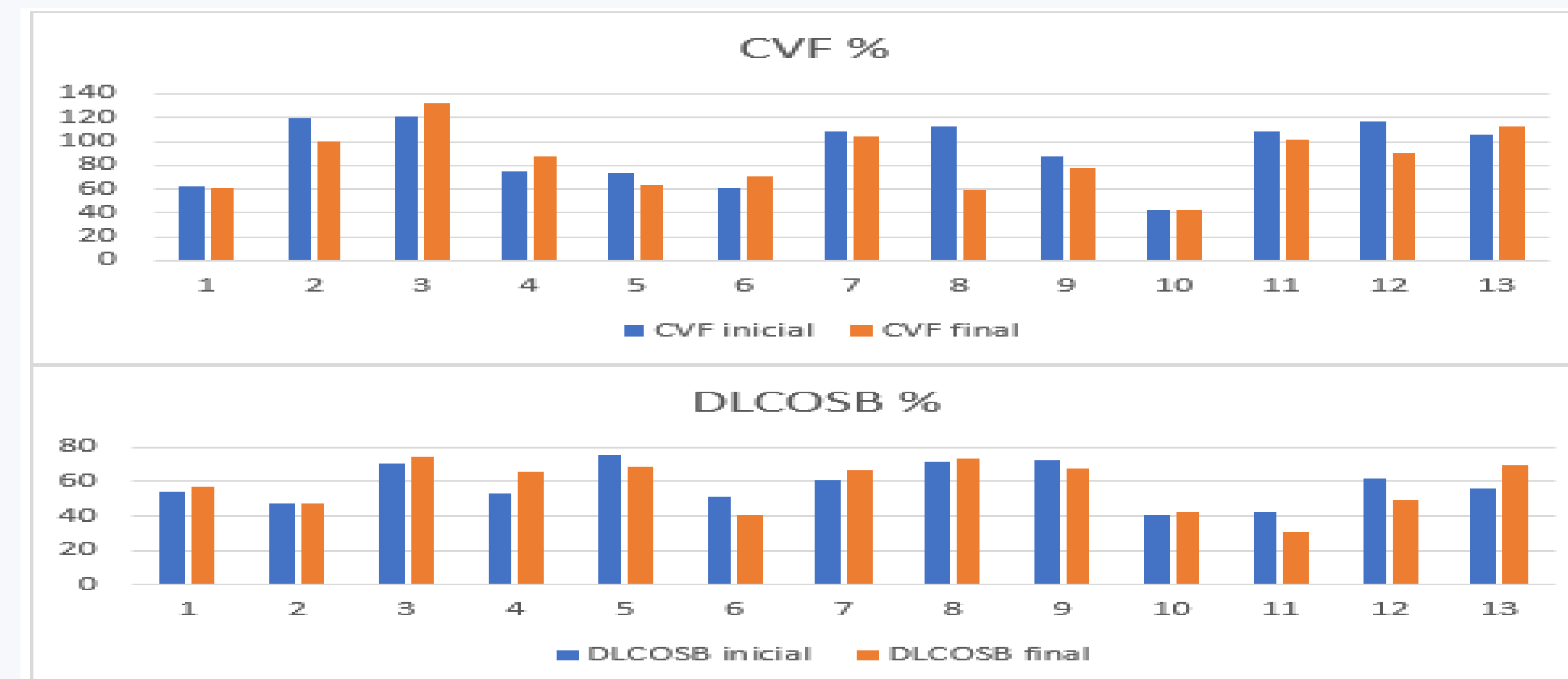


Gráfico 2 – Evaluación funcional de 13 pacientes con AR y EPI, pre y postratamiento con Abatacept.

## CONCLUSIÓN

En nuestra serie, Abatacept se muestra como un fármaco eficaz y seguro en la AR. Reduce la actividad de la enfermedad y estabiliza la función pulmonar en pacientes con EPID asociada. Se utiliza tras el fracaso de FAMEsc y FAMEb, habitualmente en combinación con Metotrexato, optándose por monoterapia en los casos que presentan EPID.