

Ana Serrano-Combarro, Belén Atienza-Mateo, Jesús Alejandro Valero, Olga Maiz Alonso, Marta Pastor Mena, Rafael B. Melero-González, David Castro Corredor, María Martín López, Santos Castañeda, Jesús Loarce Martos, Natalia Mena Vázquez, Carmen Carrasco-Cubero, Carolina Diez Morrondo, Andrea García Valle, Gema Bonilla, Juan María Blanco Madrigal, Natividad del Val del Amo, Nuria Vegas Revenga, Lorena Pérez Albadalejo, Rafaela Ortega Castro, Deseada Palma Sánchez, Ana María Fernández Ortiz, Patricia López Viejo, María López Lasanta, Marta Garjo Bufort, Ivette Casafont Solé, Juan Moreno Morales, Ana Urruticoechea-Arana, Carolina Pérez García, José Rosas, Bryan-Josué Flores Robles, Cristina Fernández Carballido, María Paz Martínez-Vidal, Diego Ferrer and Ricardo Blanco en nombre del Grupo Colaborador Español de JAKi en Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a Artritis Reumatoide.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular grave de la artritis reumatoide (AR). Abatacept y rituximab se recomiendan en AR-EPI. Los inhibidores de JAK (JAKi) han demostrado su eficacia en la AR. Sin embargo, en los ensayos clínicos se suele excluir a los pacientes con EPI activa. Además, en la ficha técnica de tofacitinib (TOFA) se incluye una advertencia sobre su toxicidad en la EPI. No obstante, cada vez hay más evidencia de la eficacia de los JAKi en la AR-EPI.

OBJETIVOS

Evaluar **a)** la efectividad y **b)** la seguridad de JAKi en pacientes con AR-EPI.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico nacional de 60 pacientes con AR-EPI en tratamiento con JAKi. Se analizaron los siguientes parámetros: **a)** capacidad vital forzada (CVF), **b)** capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), **c)** tomografía computarizada de alta resolución torácica (TCAR), **d)** disnea (escala modificada del Consejo de Investigación Médica), **e)** actividad (DAS28-ESR) y **f)** seguridad.

RESULTADOS

Se estudiaron 60 pacientes (40 mujeres/ 20 hombres; edad media 66 ± 10 años) de la práctica clínica en tratamiento con JAKi [BARI=45 (75%), UPA=8 (13%), TOFA=6 (10%), FILGO=1 (2%)]. Todos los pacientes habían recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) antes del JAKi [Metotrexato (51; 85%), Leflunomida (37; 61%), Sulfasalazina (14, 23%), Hidroxicloroquina (14; 23%), Abatacept (35; 58%), Tocilizumab (15, 25%) y Rituximab (10, 17%)]. En el grupo "BARI" la mediana [IQR] de la duración de la EPI hasta el inicio de los BARI fue de 26 [14-60] meses. Los valores basales medios de CVF y DLCO (% predicho) fueron 86,9% y 71,0%, respectivamente. Los pacientes fueron seguidos durante una media de 31 ± 22 meses.

La evolución de la CVF y la DLCO se mantuvo estable durante los primeros 12 meses (figura). Al final del seguimiento, se observó estabilización/mejoría en el TCAR de tórax y disnea en el 83% y 88% de los pacientes, respectivamente. La mayoría de los pacientes mostraron remisión articular o baja actividad (63%). BARI se retiró en 14 (31%) pacientes debido a ineficacia articular (n=13) y desarrollo de neumonitis por hipersensibilidad (n=1). Únicamente 5 pacientes presentaron eventos relevantes durante el uso del fármaco, entre los que figuran: accidente cerebrovascular (n=1), infección por virus varicela-zóster (n=2), infecciones urinarias de repetición (n=1), candidiasis oral (n=1) y neumonitis por hipersensibilidad (n=1).

CONCLUSIÓN

Los JAKi, especialmente BARI, pueden ser útiles y seguros para controlar el curso de la enfermedad tanto pulmonar como articular en pacientes con AR-EPI, incluso en casos muy refractarios.

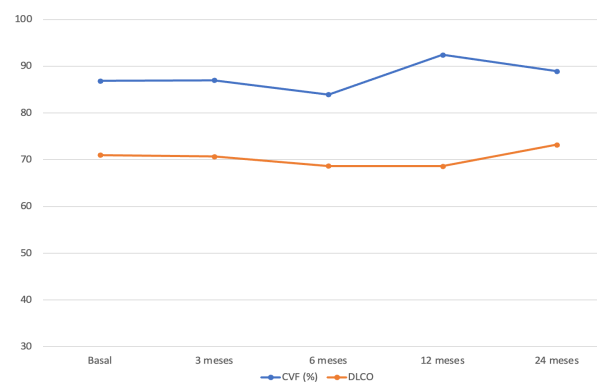


Figura. Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la FVC y DLCO predichas) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con BARI (n=45) al inicio y a los 24 meses.

	AR-EPI pacientes con JAKi (n=60)
Edad, años, media±DE	66 ± 10
Mujeres, n (%)	40 (66)
Tabaquismo, n (%)	38 (63)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	34 [15-62]
FR // APCC, n (%)	59 (98) // 59 (98)
CVF (% pred), media±DE	90 ±22
DLCO (% pred), media±DE	71 ±19
Patrón NIU en TCAR, n (%)	31 (52)
NIU	31 (53)
NINE	18 (31)
DAS28-ESR	4,29 ± 1,29
Tipo de JAKi, n (%)	
Baricitinib (BARI)	45 (75)
Tofacitinib (TOFA)	6 (10)
Upadacitinib (UPA)	8 (13)
Filgotinib (FILGO)	1 (2)
Inmunosupresor previo, n (%)	
FAME convencional / FAME biológico	59 (98) / 51 (85)
Inmunosupresor concomitante, n (%)	
FAME convencional / FAME biológico	20 (33) / 0 (0)
Antifibrótico concomitante, n (%)	5 (8)

Tabla: Características basales de los pacientes con AR-ILD tratados con JAKi.