

Ana Serrano-Combarro, Belén Atienza-Mateo, Natividad del Val, Ivette Casafont-Solé, Rafael B. Melero-Gonzalez, Alba Pérez-Linaza, Santos Castañeda, Jerusalem Calvo Gutiérrez, Natalia Mena Vázquez, Nuria Vegas-Revenga, Lucía Domínguez-Casas, Jesús Loarce Martos, Cilia Amparo Peralta Ginés, Carolina Díez Morrondo, Lorena Pérez Albaladejo, Rubén López Sánchez, M<sup>a</sup> Guadalupe Mazano Canabal, Anahy M<sup>a</sup> Brandy-García, Patricia López Viejo, Gema Bonilla, Olga Maiz-Alonso, Carmen Carrasco-Cubero, Marta Garijo Bufort, Mireia Moreno, Ana Urruticochea-Arana, Sergio Ordóñez-Palau, Carmen González-Montagut, Emilio Giner Serret, Marta López-Maraver, Juan Ramon de Dios Jiménez De Aberasturi, Fernando Lozano Morillo, Tomás Vázquez Rodríguez, Patricia Carreira-Delgado, Juan María Blanco Madrigal, Belén Miguel Ibáñez, Marina Rodríguez López, Carlos Fernández-Díaz, Javier Loricera, Iván Ferraz-Amaro, Diego Ferrer y Ricardo Blanco en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a la Artritis Reumatoide.

## INTRODUCCIÓN

El Abatacept (ABA) ha demostrado su eficacia en la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a la artritis reumatoide (AR). Los ensayos clínicos han mostrado equivalencia de la administración subcutánea (SC) e intravenosa (IV) de ABA para las manifestaciones articulares, sin embargo, dicha equivalencia no se ha estudiado en la AR-EPI.

## OBJETIVOS

Comparar la eficacia del ABA en pacientes con AR-EPI según la vía de administración (IV-ABA frente a SC-ABA).

## MÉTODOS

Estudio nacional multicéntrico de pacientes con AR-ILD en tratamiento con ABA. Se dividieron en 2 grupos según la vía de administración: a) IV-ABA, y b) SC-ABA. Se analizaron desde el inicio los siguientes resultados en ambos grupos: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución torácica (TCAR), d) disnea (evaluada con la escala modificada del Consejo de Investigación Médica), e) actividad articular (DAS28-ESR), y f) efecto ahorrador de corticoides.

## RESULTADOS

Se estudió a un total de 439 pacientes [SC-ABA/IV-AB; 303/94 (datos disponibles)]. Las características basales fueron similares en ambos grupos (tabla). Se realizó seguimiento de los pacientes durante una mediana [RIQ] de 24 [10-48] meses. La CVF y la DLCO se mantuvieron estables durante los primeros 24 meses tanto en SC-ABA como en IV-ABA (figura). La disnea se estabilizó o mejoró en el 84% de los pacientes (90% de IV-ABA; 82% de SC-ABA). Se objetivó mejoría o estabilidad de la afectación pulmonar en TACAR en el 67% de los pacientes (83% de IV-ABA; 64% de SC-ABA). A los 24 meses se observó una mejoría y de la actividad articular en ambos grupos (DAS28-VSG basal en IV-ABA y SC-ABA de 4,31 y 4,43 respectivamente; DAS28-VSG a los 24 meses en IV-ABA y SC-ABA de 3,4 y 3,02 respectivamente). No se han encontrado diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados. El empeoramiento de la enfermedad pulmonar intersticial y la ineficacia articular fueron las razones más frecuentes de la interrupción del ABA.

## CONCLUSIÓN

En la AR-EPI, el ABA parece igualmente efectivo y seguro independientemente de la vía de administración (IV o SC).

	All ABA (n=439)	ABA IV (n=94)	ABA SC (n=303)	p
Edad, años, media±DE	66 ± 10	66 ± 10	66 ± 10	0.92
Mujeres, n (%)	251 (57)	56 (59)	174 (57)	0.71
Tabaquismo, n (%)	229 (52)	51 (54)	163 (55)	0.96
Tiempo desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	10 [3-37]	12 [3-48]	10,5 [3-37]	0.56
FR, n (%)	383 (87)	81 (86)	269 (89)	0.49
APCC, n (%)	380 (88)	77 (82)	268 (88)	0.15
DAS28-ESR	4.32±1.61	4.31±1.58	4.43±1.53	0.56
<b>Patrón radiológico EPI en TACAR, n (%)</b>				
NIU	191 (45)	48 (52)	129 (43)	
NINE	129 (30)	19 (21)	99 (33)	0.07
Otros	110 (25)	26 (27)	74 (24)	
CVF (% pred), media±DE	87 ± 21	85 ± 21	88 ± 21	0.28
DLCO (% pred), media±DE	67 ± 20	67 ± 21	67 ± 20	0.94
Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	6 [5-10]	7,5 [5-10]	5 [5-10]	0.26

**Tabla.** Principales características generales al inicio del estudio de los pacientes de AR-EPI con ABA subcutáneo frente a ABA intravenoso.

**Figura.** Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la CVF y la DLCO predichas) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con SC-ABA frente a IV-ABA al inicio y a los 24 meses.

