Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):171

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

P128 - TRATAMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ARTRITIS REUMATOIDE

C. Aguilera Cros[1], M. Gómez Vargas[1], R. Gil Vélez[1] y J.A. Rodríguez Portal[2]

[1]Servicio de Reumatología; [2]Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Introducción: No existe un tratamiento específico para la enfermedad pulmonar intersticial (EPID) secundaria a artritis reumatoide (AR) diferente al tratamiento de la AR sin afectación extraarticular, y junto con la falta de evidencia sólida para realizar las recomendaciones, no hay un consenso actual para el tratamiento. Los regímenes actuales suelen incluir la terapia con corticosteroides con o sin inmunosupresores (IS).

Objetivos: Analizar los diferentes regímenes de tratamiento en una cohorte de pacientes con EPID y AR en la práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio descriptivo de 57 pacientes atendidos en una Consulta de EPID, recogidos desde el 1/1/2018 hasta el 31/12/2019. Se han incluido pacientes con diagnóstico de AR cumpliendo criterios ACR 2010, que presenten además diagnóstico de EPID secundaria según consenso SEPAR 2003. Por su parte la EPID se ha dividido en base a resultados TACAR de enfermedad pulmonar fibrosante en el contexto de fibrosis pulmonar idiopática (FPI): NIU (neumopatía intersticial usual) definida (bronquiectasias de tracción y panalización), NIU probable y No NIU. La distinción entre NIU definida y NIU probable está en la presencia o ausencia de panal. Aprobado por Comité ético (CEI). Las variables cuantitativas se expresan como media (DE) y las variables dicotómicas como porcentajes (%). Análisis estadístico con SPSS versión 21.

Resultados: Se incluyeron 21 hombres y 36 mujeres, con edad media de 69 ± 10 años (media ± DE), historia de consumo de tabaco (fumadores 14%, no fumadores 43%, exfumadores 42%). EPID clínica al diagnóstico (disnea a moderados esfuerzos 61%, tos seca 56%, crepitantes 70%, acropaquias 7%). El 84% fueron factor reumatoide positivo y el 70% anticuerpos antipéptido citrulinado positivo. Diagnóstico de EPID por TACAR en el 100% de los pacientes con diferentes patrones: NIU definida 26 (45%), NIU probable 2 (3%) y no NIU 29 (50%). El diagnóstico de EPID se confirmó por biopsia en 12 pacientes. El 79% realizaron tratamiento (T) previo al diagnóstico de EPID con glucocorticoides y fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). Dentro de los FAME tradicionales utilizados estaban: metotrexate 68% (no hubo ningún caso de neumonitis por MTX), leflunomida 47%, hidroxicloroquina 26% y sulfasalacina 21%. Terapia biológica en 15 pacientes: etanercept 19%, adalimumab 5%, infliximab 3% y certolizumab 2%. Dos pacientes presentaron una exacerbación y rápida progresión de la EPID durante el T con etanercept con resultado final de fallecimiento. T con IS tras el diagnóstico de EPID en el 80% de los pacientes (azatioprina 15, rituximab 14, abatacept 10, tocilizumab 4, sarilumab 1, mofetil micofenolato 1 y ciclofosfamida 1).

Dos pacientes con NIU definida realizan T con antifibróticos: 1º nintedanib (ensayo INBUILD, This article was published on September 29, 2019, at NEJM.org); 2º pirfenidona (diagnóstico inicial de FPI fibrosis pulmonar idiopática y posterior de AR seropositiva con NIU). Ambos mejoría mayor del 10% en la capacidad vital forzada (CVF) y en la capacidad de difusión pulmonar (DLCO) en los 6 meses tras inicio del T.

Conclusiones: Nuestros resultados, en general, coinciden con lo publicado en la literatura. Son necesarios estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño muestral, para definir mejor el T de la EPID asociada a AR y que pacientes se beneficiarían más de T IS o de T anfifibrótico (o si se debe añadir el antifibrótico al T previo IS).

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados