



PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO.



Nuria Vegas-Revenga^{1,2}, Myriam Aburto^{2,3}, Irati Urionaguena-Onaindia¹, Nahia Plaza-Aulestia¹, Oihane Ibarguengoitia-Barrena^{1,2}, Itziar Calvo- Zorrilla¹, David Montero-Seisdedos¹, Lucia Vega-Álvarez¹, José Francisco Garcia-Llorente¹.

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao- Usansolo. Bizkaia ²Departamento de Medicina. Unidad Docente del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, UPV/EHU. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Galdakao- Usansolo. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a la artritis reumatoide (EPID-AR) empeora la morbi-mortalidad, especialmente si se trata de una enfermedad pulmonar fibrosante. La incidencia y prevalencia de EPID en AR se desconoce. Los datos que conocemos están relacionados con la aplicación de protocolos diseñados por expertos y aun no validados. Las Sociedades Españolas de Reumatología (SER) y de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) promovieron la elaboración de un documento conjunto de recomendaciones para el manejo de la EPID-AR basado en la mejor evidencia disponible.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de EPID-AR de reciente diagnóstico e identificar variables clínicas para elaborar un protocolo de cribado.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo unicéntrico en el que se incluyeron pacientes con AR diagnosticados entre el 1/1/2022 al 1/10/2023. Los criterios de inclusión fueron edad ≥45 años; cumplir criterios ACR/EULAR 2010; inicio de los síntomas articulares ≤12 meses y firma del consentimiento informado. Se recogieron variables demográficas, y clínicas relacionadas con la AR (DAS28-VSG, DAS28-PCR, Routine Assessment of Patient Index Data 3 [RAPID3]) y posible EPID (pruebas de función pulmonar, prueba de marcha de 6 minutos, tomografía computerizada de alta resolución [TACAR] torácico). Se valoró la asociación de las variables con la presencia de EPID, mediante los Test de Wilconson y chi cuadrado, y se realizó una regresión logística univariante.

RESULTADOS:

Se reclutaron 40 pacientes (31 mujeres). Las características demográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la Tabla 1. 9 pacientes (incidencia 22,3%) presentaban AR-EPID: 5 EPID fibrosante (2 patrón probable neumonía intersticial usual [NIU], 3 neumonía intersticial no específica [NINE] fibrótica) y 4 EPID no fibrosante (2 NINE celular, 1 neumonía intersticial descamativa [NID], 1 EPID incipiente). La edad, la capacidad pulmonar total (TLC), el número de comorbilidades asociadas y la presencia de antecedentes familiares de EPID se han relacionado con el desarrollo de EPID en nuestra muestra. No se ha concluido ningún modelo multivariante, probablemente por el tamaño de la cohorte. De acuerdo a los criterios de cribado SER-SEPAR hubiéramos estudiado al 88,8% de los pacientes, y hubiéramos realizado TACAR a 28 pacientes. Estos criterios presentan una sensibilidad 26-14%, especificidad 100-92%, valor predictivo negativo (VPN) 16-31%, valor predictivo positivo (VPP) 100-80% para el total de las EPID y para las fibrosantes respectivamente.

CONCLUSIONES:

Todos los pacientes con EPID-AR hubieran sido identificados utilizando las recomendaciones SER-SEPAR, pero la sensibilidad y el VPN hubieran sido muy bajos. Consideramos recomendable comprobar edad, TLC, comorbilidades cardiovasculares y presencia de antecedentes familiares de EPID en pacientes con AR.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AR.

	EPID			EPID fibrosante		
	EPID n=9	No EPID n=31	P valor	EPID fibrosante n=5	No EPID fibrosante n=35	P valor
Sexo (mujer), n (%)	6 (66,6)	25 (80,6)	0,3767	3 (9,7)	28 (90,3)	0,3164
Edad (años), media ± DS	70,6 ±7,3	61,6 ± 10,4	0,0181	75 ± 3,7	62 ± 10	0,0070
Tabaco			0,4314			0,1497
Nunca fumadores, n (%)	3 (33,3)	15 (48,4)		2 (11,1)	16 (88,9)	
Ex -fumadores, n (%)	4 (44,4)	7 (3,22)			11 (100)	
Fumadores activos, n (%)	2 (22,2)	9 (29,0)		3 (27,3)	8 (72,7)	
Índice paquetes/año, media ±DS	34,4 ±44,2	11,3 ± 14,4	0,0923	42,4 ± 57,5	12,8 ± 15,88	0,3233
Tiempo desde síntomas AR hasta fecha TACAR, mediana (IQR)	0 (0,0–7,0)	0 (0,0–0,0)	0,4497	0 (0,0–4,0)	0 (0,0–9,0)	0,9157
Crepitantes velcro, n (%)	2 (22,2)	2 (6,45)	0,1773	2 (50)	2 (50)	
Índice de Charslon, n (%)			0,0857			0,0294
1 comorbilidad, n (%)	4 (44,4)	24 (77,4)		2 (7,1)	26 (92,9)	
>=2 comorbilidades, n (%)	5 (55,5)	4 (12,9)		3 (75)	6 (25)	
Antecedentes familiares de EPID, n (%)	1 (14,28)	0 (0)	0,0602	0 (0)	1 (100)	0,7019
Disnea- mMRC, n (%)			0,6452			0,7027
0	4 (44,4)	17(54,8)		2 (9,5)	19 (90,5)	
1	5 (55,5)	12 (38,7)		3 (17,6)	14 (82,4)	
2	0 (0)	1 (3,2)		0 (0)	1 (100)	
GAP puntuación, media ± DS	2,0 ±1,0	ND		2,40 ± 0,55	ND	
FVC % sobre el teórico, media ±DS	101,6 ± 17,1	108,5 ± 16,4	0,3309	99,60 ± 19,59	108,03 ± 16,14	0,3466
TLC% sobre el teórico, media ±DS	93,8 ± 20,0	105,3 ± 17,3	0,1634	87,60 ± 16,98	104,89 ± 17,67	0,0472
DLCO% sobre el teórico, media ±DS	76,9 ± 13,4	79,9 ± 12,4	0,4559	80,00 ± 12,88	79,09 ± 12,69	1,000
PM6M (distancia - metros), media ±DS	491,9 ± 132,7	530,3 ± 113,3	0,6736	487, 40 ± 117,54	526,57 ± 118,08	0,4867
PM6M (saturation final), media ±SD	94,5 ± 4,2	94,9 ± 1,8	0,7060	94,00 ± 1,58	94,63 ± 3,97	0,1590
Factor reumatoide, media ±DS	228,7 ± 343	189,1 ± 191,4	0,8586	286 ± 405,42	195,51 ± 195,13	0,6976
APCC, mediana (IQR)	570 (47 - 731)	383 (122 - 1100)	1,000	731 (5 - 870)	384 (122 - 790)	0,9348
DAS28-VSG, media ±DS	4 ± 0,8	3,7 ± 0,9	0,4237	3,79 ± 0,19	3,75 ± 0,93	0,6939
DAS28-PCR, media ±DS	3,5 ± 1	3,3 ± 0,9	0,6263	3,21 ± 0,22	3,38 ± 0,93	1,0000
RAPID3, media ±DS	7,7 ± 5,2	6,8 ± 5,1	0,5891	7,63 ± 5,76	6,91 ± 5,09	0,7055

APCC= antipéptido cíclico citrulinado, AR= artritis reumatoide, DAS28- VSG/PCR= Disease Activity Score 28- Velocidad de Sedimentación Globular/Proteína C Reactiva, DLCO= capacidad de difusión del monóxido de carbono, EPID= enfermedad pulmonar intersticial difusa, GAP= escala de gravedad de EPID basada en género, edad y función pulmonar, mMRC =escala de disnea del Medical Research Council modificada, RAPID3= Routine Assessment of Patient Index Data 3, TACAR= tomografía computerizada alta resolución, PM6M= prueba de la marcha de 6 minutos.