

# AFECCIÓN PULMONAR PRIMARIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

Martí Aguilar, Javier Narváez, Alejandro Robles Pérez<sup>1</sup>, Patricio Luburich<sup>2</sup>, Vanessa Vicens<sup>1</sup>, Guadalupe Bermudo<sup>1</sup>, Santiago Bolivar<sup>2</sup>, Pol Maymó, Judith Palacios, Montserrat Roig, Laia de Daniel, María Molina Molina<sup>1</sup>, Joan Miquel Nolla

Servicios de Reumatología, Neumología<sup>1</sup> (Unidad Funcional de Intersticio Pulmonar) y Radiología<sup>2</sup>. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA).

## INTRODUCCIÓN

Debido a la amplia variabilidad en los estudios que han investigado esta cuestión, actualmente no se puede establecer de forma fiable cuál es la prevalencia e incidencia de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a la artritis reumatoide (AR). La información epidemiológica resulta fundamental para medir la importancia socio sanitaria de las enfermedades y contribuir a una correcta planificación sanitaria.

## OBJETIVOS

Determinar la frecuencia e incidencia del compromiso pulmonar primario en la AR de reciente comienzo, incluyendo la EPID.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo en una cohorte de pacientes con AR de inicio (criterios ACR 1987 o ACR/EULAR 2010), diagnosticados entre 2003 y 2023. En la primera visita se les interrogó acerca de la presencia de síntomas respiratorios, se les auscultó en busca de crepitantes secos tipo velcro, y se les realizó una Rx tórax y pruebas funcionales respiratorias (PFR) con espirometría y DLCO. Se completó el estudio con una tomografía computarizada torácica de alta resolución (TCAR) en caso de síntomas, crepitantes o alteraciones en la Rx/PFR. En los pacientes sin alteraciones iniciales, el cribado se repitió entre el segundo y quinto año de evolución.

Se calculó la frecuencia, incidencia acumulada (IA) a los 3 y 5 años, y la densidad de incidencia (DI) para las diferentes manifestaciones respiratorias detectadas.

## RESULTADOS

Se incluyeron 187 pacientes con AR y un tiempo de evolución de los síntomas  $\leq 12$  meses.

La IA de EPID a los 3 años fue del 5.4% (IC 95% 2.5-10.0) y a los 5 años del 8.2% (4.5-13.7), con una DI de 14.9 casos por 1000 personas-año (9.7-22.0). Su frecuencia fue del 21.4%, tras una media de 10.2 años de seguimiento por paciente. En el 17.5% de los casos, la EPID precedió en meses o años a las manifestaciones articulares, y en el 32.5% coincidió con el inicio de la AR. En un 20% de los pacientes la EPID era asintomática o paucisintomática en el momento de su diagnóstico. El patrón de NINE fue algo más frecuente que el de NIU, y el 82.5% evolucionaron a patrones fibrosantes (NINEf y NIU).

La incidencia de la bronquiolitis folicular, con una IA de 3.4 y 5.5 a los 3 y 5 años, respectivamente, y una DI de 7.6 casos por 1000 personas-año, así como su frecuencia (8.6%), resultaron ser significativamente más bajas en comparación con las de la EPID. Las bronquiectasias no traccionales fueron la manifestación más frecuentemente documentada, con una DI de 21.5 casos por 1000 personas-año y una frecuencia del 23%.

Otras complicaciones incluyeron nódulos pulmonares reumatoides (5.3%), enfermedad pleural (3.7%), *Interstitial Lung Abnormalities* o ILA (4.8%) y la bronquiolitis obliterante (1.1%). La enfermedad pleural también precedió en algunos casos a la clínica articular.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de EPID-AR en nuestro estudio fue del 21.4%. La IA fue del 5.4% a los 3 años y del 8.2% a los 5 años, con una DI de 14.9 casos por 1000 persona-año. Aunque se ha especulado que en la AR el compromiso de la vía aérea podría ser más frecuente que el intersticial, la frecuencia de bronquiolitis fue menor que la de EPID. Algunas manifestaciones pulmonares, como la EPID y la enfermedad pleural, pueden ser la forma de presentación de la AR (enfermedad reumatoide de inicio extraarticular).

Tabla 1. Incidencia de los distintos subtipos de afectación pulmonar primaria en AR de inicio			
	IA a los 3a % (IC 95%)	IA a los 5a % (IC 95%)	Densidad de incidencia casos por 1000 personas-año (IC 95%)
Primer episodio de afect. pleuropulmonar (cualquier tipo)	16,9 (11,4-23,6)	21,6 (15,3-28,9)	41,5 (31,5-53,6)
Bronquiectasias (no traccionales)	8,8 (5,0-14,1)	9,9 (5,8-15,6)	21,5 (15,0-29,9)
Enfermedad pulmonar intersticial difusa	5,4 (2,5-10,0)	8,2 (4,5-13,7)	14,9 (9,7-22,0)
Bronquiolitis folicular	3,4 (1,3-7,4)	5,5 (2,5-10,1)	7,6 (4,2-12,8)
Nodulosis reumatoide pulmonar	2,3 (0,6-5,7)	3,0 (1,0-6,9)	4,9 (2,2-9,3)
Enfermedad pleural	0,6 (0,02-3,2)	1,2 (0,1-4,3)	4,2 (1,8-8,3)
Anomalías pulmonares intersticiales (ILA)	1,7 (0,4-4,9)	2,4 (0,7-6,1)	3,8 (1,5-7,7)
Bronquiolitis obliterante	1,1 (0,1-4,0)	1,2 (0,1-4,3)	1,1 (0,1-3,8)

Tabla 2. Frecuencia de los distintos subtipos de afectación pulmonar primaria en AR de inicio			
	Frecuencia	Sintomática	Subclínica
Tamaño muestral, <i>n</i> (%)	187 (100)		
Cualquier afectación pleuropulmonar, <i>n</i> (%)	81 (43,3)	54 (66,7)	27 (33,3)
Bronquiectasias (no traccionales), <i>n</i> (%)	43 (23,0)	27 (62,8)	16 (37,2)
Enfermedad pulmonar intersticial difusa, <i>n</i> (%)	40 (21,4)	32 (80,0)	8 (20,0)
Bronquiolitis folicular, <i>n</i> (%)	16 (8,6)	12 (75,0)	4 (25,0)
Nodulosis reumatoide pulmonar, <i>n</i> (%)	10 (5,3)	7 (70,0)	3 (30,0)
Enfermedad pleural, <i>n</i> (%)	7 (3,7)	7 (100)	0 (0)
Anomalías pulmonares intersticiales (ILA), <i>n</i> (%)	9 (4,8)	2 (22,2)	7 (77,8)
Bronquiolitis obliterante, <i>n</i> (%)	2 (1,1)	2 (100)	0 (0)