

DETRÁS DE LAS BRONQUIECTASIAS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Miriam Retuerto-Guerrero, Clara Moriano, Cristiana Sieiro, Ismael González, Ignacio González, Carolina Díez, Carolina Álvarez, Paula Pérez, Jose Ordás, Pedro Baenas, Elvira Diez Álvarez. Complejo Asistencial Universitario de León

Antecedentes: Se ha observado asociación entre las bronquiectasias (BQ) y la esclerosis sistémica (ES). La dismotilidad esofágica, los fármacos inmunosupresores y el efecto directo del depósito de colágeno en las vías respiratorias se postulan como causas de bronquiectasias en pacientes con ES.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de bronquiectasias en una población con ES y su asociación con las distintas características clínicas e inmunológicas.

Métodos: Estudio observacional, transversal y monocéntrico. Se incluyeron 92 pacientes con diagnóstico de ES (ACR-EULAR 2013), a los que se les había realizado tomografía axial computarizada (TAC) de tórax en los últimos dos años. Los pacientes con BQ de tracción asociadas a fibrosis pulmonar o aquellos con antecedentes personales de tuberculosis pulmonar fueron excluidos. Las variables continuas se compararon mediante la prueba T de Student o Mann Whitney, y las variables categóricas mediante la prueba Chi² o la prueba exacta de Fisher.

Resultados:

- **21 pacientes (23%) presentaron bronquiectasias, mediana de edad 61 (52-67.5) años, 67% mujeres. 48% tenían antecedentes de tabaquismo.**
- **Dos pacientes padecían tos crónica, pero ninguno presentó complicaciones infecciosas pulmonares.**
- **No se observó asociación entre las bronquiectasias y la dismotilidad o dilatación esofágica (observada en el 33% y el 46% respectivamente).**
- **Los pacientes con bronquiectasias presentaron mayor positividad para anticuerpos anti-centromero (p=0.04) y tenían una mayor tasa de Síndrome de Sjögren secundario (p=0.006).**
- **No hubo diferencias en las pruebas de función respiratoria entre los pacientes sin afectación pulmonar (EPID +/- HAP) y los pacientes con BQ (CVF% 103 vs. 101; DLCO% 76 vs. 72; FEV₁/CVF 82 vs. 80).**
- **La presencia de EPID y el uso de inmunosupresores presentaron una asociación negativa con la presencia de bronquiectasias (p=0.03 y p=0.01).**

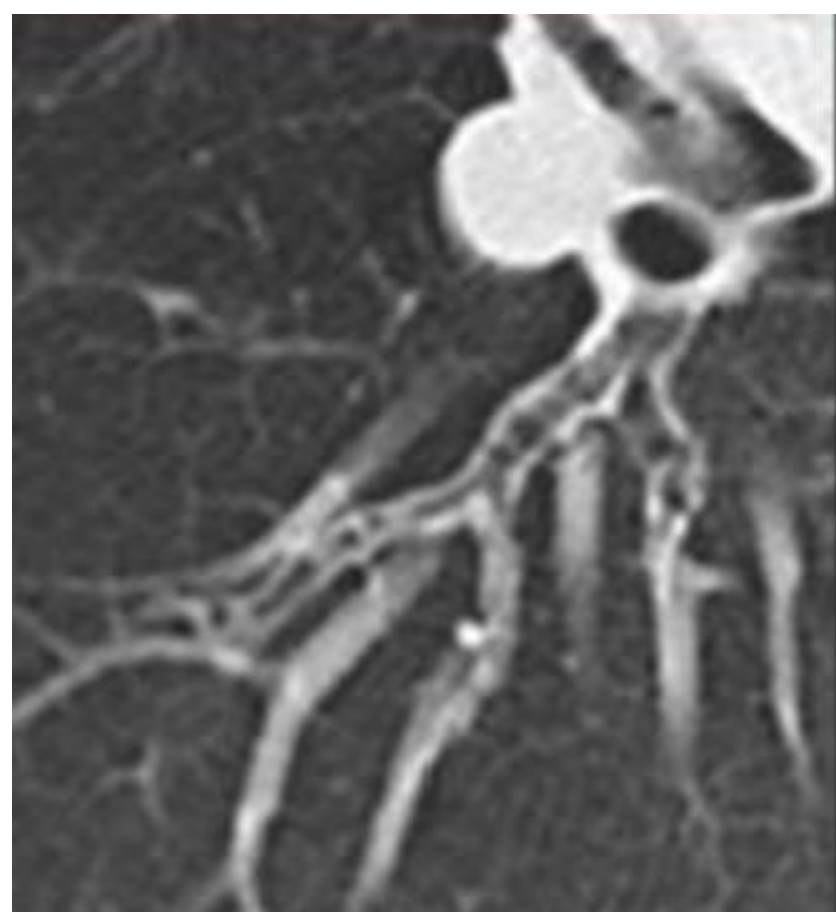
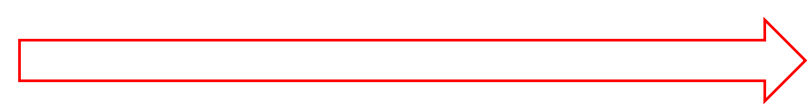


Tabla 1. Características clínicas de 92 pacientes con ES.

	Con BQ (n 21)	Sin BQ (n 71)	p valor
Sexo femenino	14 (67%)	53 (75%)	0.47
Edad inicio ES	69 (62-79.5)	56 (45-62)	0.17
Duración ES	5 (9-13)	5 (7-12)	0.77
Fumador actual	6 (29%)	9 (13%)	0.1
ES limitada	20 (95%)	61 (86%)	0.45
Anti-Scl70 positivo	3 (14%)	15 (21%)	0.76
Anti-centromero positivo	15 (71%)	33 (46%)	0.04
Anti-Ro positivo	5 (24%)	12 (17%)	0.53
Artritis	5 (24%)	24 (34%)	0.39
Tendones en fricción	0	6 (8%)	0.17
Miositis	1 (5%)	13 (18%)	0.18
Afectación cardiaca	6 (29%)	29 (41%)	0.31
EPID	4 (19%)	32 (45%)	0.03
HAP	1 (5%)	8 (11%)	0.68
Dismotilidad esofágica	7 (33%)	33 (46%)	0.29
Dilatación esofágica	10 (48%)	32 (45%)	0.84
Sd Sjogren secundario	10 (48%)	11 (15%)	0.002
Capilaroscopia patron ES	16 (76.2%)	65 (91.5%)	0.06
Inmunosupresores	6 (29%)	43 (60.6%)	0.01
Corticoesteroides	6 (29%)	27 (38%)	0.43

Conclusiones:

- ✓ Las bronquiectasias deben incluirse en la lista de manifestaciones pulmonares de la ES.
- ✓ La asociación negativa entre bronquiectasias y EPID refleja que las bronquiectasias son una entidad independiente.
- ✓ Dado que las BQ fueron más frecuentes en los pacientes con síndrome de Sjogren secundario, pero no en los anti-Ro positivos, planteamos la hipótesis de que su desarrollo está relacionado con la sequedad del árbol traqueobronquial.
- ✓ Dado que no se relacionó la afectación esofágica ni el tratamiento inmunosupresor con la presencia de BQ, no se puede concluir el origen infeccioso como causa de las mismas.
- ✓ Muestran un curso silente y no afectan a las pruebas de función respiratoria, por lo que la realización del TAC de tórax es necesaria para su diagnóstico.