

Nuria Vegas-Revenga^{1,2}, Myriam Aburto^{2,3}, Nahia Plaza-Aulestia¹, Oihane Ibarguengoitia-Barrena^{1,2}, Itziar Calvo- Zorrilla¹, Irati Urionaguena-Onaindia¹, David Montero-Seisdedos¹, Libe Ibarrola Paino¹, José Francisco Garcia-Llorente¹.

¹Reumatología. Hospital Universitario Galdakao- Usansolo. Bizkaia ²Departamento de Medicina. Unidad Docente del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Universidad del País Vasco.

³Neumología. Hospital Universitario Galdakao- Usansolo. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN:

La EPID-AR empeora la morbi-mortalidad, especialmente si se trata de una enfermedad pulmonar fibrosante. La prevalencia real de EPID-AR se desconoce, los resultados varían dependiendo del método utilizado para el diagnóstico, el grado de afectación clínica y el tipo de cohorte estudiada. De acuerdo a las últimas recomendaciones de cribado de la SER- SEPAR, los factores de riesgo que se incluyen son: el sexo masculino, la edad avanzada, el tabaquismo, el inicio tardío y la duración de la AR, el DAS-28 moderado o alto, el FR y el ac anti-péptido cíclico citrulinado positivos y la presencia de biomarcadores.

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 1/10/2024. 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, RAPID3) y posible EPID (pruebas de función pulmonar, prueba de marcha de 6 minutos, 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 NIU, 3 NINE fibrótica) y **4 EPID no fibrosante** (2 NINE celular, 1 NID, 1 EPID incipiente). La edad, la capacidad pulmonar total, 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 16-31%, valor predictivo positivo 100-80% para el total de las EPID y para las fibrosantes respectivamente.

CONCLUSIONES:

Consideramos recomendable comprobar edad, capacidad pulmonar total y el DAS28-PCR para un diagnóstico precoz de EPID. Todos los pacientes con EPID-AR hubieran sido identificados utilizando las recomendaciones SER-SEPAR.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con artritis reumatoide en función de la presencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa.

	Con EPID n=12	Sin EPID n=69	P valor
Sexo (mujer), n (%)	8 (66,6)	56 (81,2)	0,2552
Edad (años), media ± DS	68,2 ± 10,1	55,9 ± 11,4	0,0011
Tabaco			0,8086
Nunca fumadores, n (%)	5 (41,7)	36 (52,2)	
Exfumadores, n (%)	4 (33,3)	20 (29)	
Fumadores activos, n (%)	3 (25)	13 (18,8)	
Índice Paquetes/año, media ± DS	32,5 ± 42,7	9,54 ± 13,5	0,0824
Índice de Charslon			0,0037
>=2 comorbilidades, n (%)	6 (50)	9 (14,5)	
Otros Factores			
Exposición laboral, n (%)	3 (25)	22 (31,8)	0,6124
Reflujo gastro esofágico, n (%)	2 (16,7)	18 (26,1)	0,4849
Antecedentes Familiares EPID, n (%)	1 (8,3)	0 (0)	0,1481
Disnea m(MRC)			0,1283
0, n (%)	5 (41,7)	46 (66,7)	
1, n (%)	6 (50)	22 (31,8)	
2, n (%)	1 (8,3)	1 (1,5)	
Tos, n (%)	3 (25)	6 (8,7)	
Crepitantes / subcrepitantes, n (%)	2 (16,7)	4 (5,8)	0,1910
Acropaquias, n (%)	2 (16,7)	6 (8,7)	0,4037
FVC % sobre el teórico, media ± DS	102,2 ± 15,8	104,3 ± 15,8	0,7009
CPT% sobre teórico, media ± DS	95,1 ± 21,4	102,6 ± 15,5	0,2538
DICO% sobre el teórico, media ± DS	78,5 ± 14,7	84,8 ± 18,3	0,2276
PM6M (distancia - metros), media ± DS	488,3 ± 127,7	537,85 ± 93,3	0,3630
Factor Reumatoide (UI / ml), media ± DS	220,9 ± 306,6	132 ± 164,5	0,9035
APCC (UI / ml), media ± DS	589,7 ± 1061,2	509,7 ± 646	0,534
NAT28, media ± DS	1,7 ± 2,9	0,93 ± 1,8	0,1584
NAD28, media ± DS	4,4 ± 6,2	1,7 ± 4,2	0,0433
EVA dolor médico, media ± DS	2,7 ± 2,4	3,3 ± 2,7	0,6027
DAS28-VSG, media ± DS	4,2 ± 1,0	3,5 ± 0,9	0,0396
DAS28-PCR, media ± DS	3,8 ± 1,1	3,1 ± 0,9	0,0217
RAPID3, media ± DS	6,1 ± 5,4	7,0 ± 5,1	0,7284

APCC= antipéptido cíclico citrulinado; AR= artritis reumatoide; CPT= capacidad pulmonar total; DLCO= capacidad de difusión del monóxido de carbono; EPID= enfermedad pulmonar intersticial difusa; EVA= escala visual analógica; FVC= capacidad vital forzada; mMRC =escala de disnea del Medical Research Council modificada; DAS28- VSG/PCR= *disease activity score* 28- velocidad de sedimentación globular/proteína C reactiva; NAD= número de articulaciones dolorosas; NAT=número de articulaciones tumefactas; PM6M= prueba de la marcha de 6 minutos; RAPID3= *routine assessment of patient index data* 3; TACAR= tomografía computerizada de alta resolución.