

Factores de riesgo de enfermedad pulmonar intersticial difusa en pacientes con artritis reumatoide

Johanna Sacramento Hernández¹, Teresa Miranda Jiménez¹, Beatriz González Álvarez¹

1. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una de las enfermedades inflamatorias sistémicas más frecuentes, con una prevalencia en España del 0,5% (1). La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) afecta al 10% de pacientes con AR, con una mortalidad del 13% respecto la población general (2). Los principales factores de riesgo de desarrollo de EPID incluyen la edad avanzada, el sexo masculino, la duración, actividad y gravedad de la AR (3) y factores ambientales como el tabaco (4). Además, la positividad y los títulos elevados de factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (APCC) también están relacionados. No obstante, existen escasos estudios epidemiológicos debido a un problema de infradiagnóstico, con una prevalencia de EPID-AR subclínica del 19% (5).

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico. Se incluyeron pacientes en seguimiento en la consulta multidisciplinar Neumo-Reuma del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), y se incluyeron datos demográficos, clínicos y patrones radiológicos mediante tomografía computarizada de alta resolución (TCAR).

Resultados

Se analizaron un total de 42 pacientes con diagnóstico AR y EPID confirmado mediante TCAR. La prevalencia de EPID en nuestra muestra fue del 3,79%. El 83,3% eran pacientes mayores de 60 años, con una edad media al diagnóstico de 64,17 (±9,53) años. El 64,3% eran mujeres respecto al 35,7% de hombres. La disnea fue el síntoma de inicio más frecuente (75%) y el patrón radiológico más común fue la neumonía intersticial usual (NIU) hasta en un 45,2% de loscasos (ver gráfico 1). Respecto a los factores de riesgo, el 52,4% tenía antecedentes de tabaquismo, pero no mostró una asociación significativa con el desarrollo de EPID en nuestra población. El 88,1% y el 81% de pacientes con EPID-AR presentaron FR y APCC positivo respectivamente. En relación al grado de afectación, el análisis de las pruebas de función respiratoria mostró una capacidad vital forzada (FVC) preservada (83,60%, ± 18,15) y una capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) significativamente reducida (61,48%, ±17,24). El 23,8% de los pacientes fallecieron, con una mediana de supervivencia de 8,2 años.

Conclusiones

En nuestra cohorte, los pacientes con edad avanzada al diagnóstico de AR y títulos elevados de FR y APCC presentaron mayor riesgo de desarrollo de EPID. Es importante realizar un cribado mediante una técnica de imagen al debut de la enfermedad a todos los pacientes con AR que presenten estos factores de riesgo para evitar el infradiagnóstico.

FACTORES		N (%) / M ± DT	Signos pulmonares AR	
Sexo			Crepitantes	100 (100)
Mujer		27 (64,3)	FR positivo	37 (88,1)
Hombre		27 (64,3)	ACPA positivo	34 (81,0)
Edad al diagnóstico de AR		57,74 ± 11,02	Manifestaciones extraarticulares	
Edad al diagnóstico de EPID		64,17 ± 9,53	Sjögren secundario	3 (7,1)
Tabaquismo			Serositis	0 (0)
Fumador		6 (14,3)	Pruebas de función respiratoria	
Exfumador		22 (52,4)	FVC % (primera determinación)	83,60 ± 18,15
Sintomatología al inicio			DLCO % (primera determinación)	61,48 ± 17,24
Articular		38 (90,5)	Tratamiento en momento de diagnóstico de EPID	
Pulmonar		4 (9,5)	Metotrexato	21 (50,0)
Tiempo entre síntoma articular - pulmonar (años)		7,69 ± 7,22	Corticoides	39 (92,9)
Tiempo entre síntomas pulmonar (años)		8,67 ± 6,65	Corticoides y metotrexato	18 (42,9)
Síntomas pulmonares			FAME no metotrexato	11 (26,2)
Tos		11 (26,2)	Éxitus	10 (23,8)
Disnea		21 (50,0)		

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con AR y EPID del HUSNC

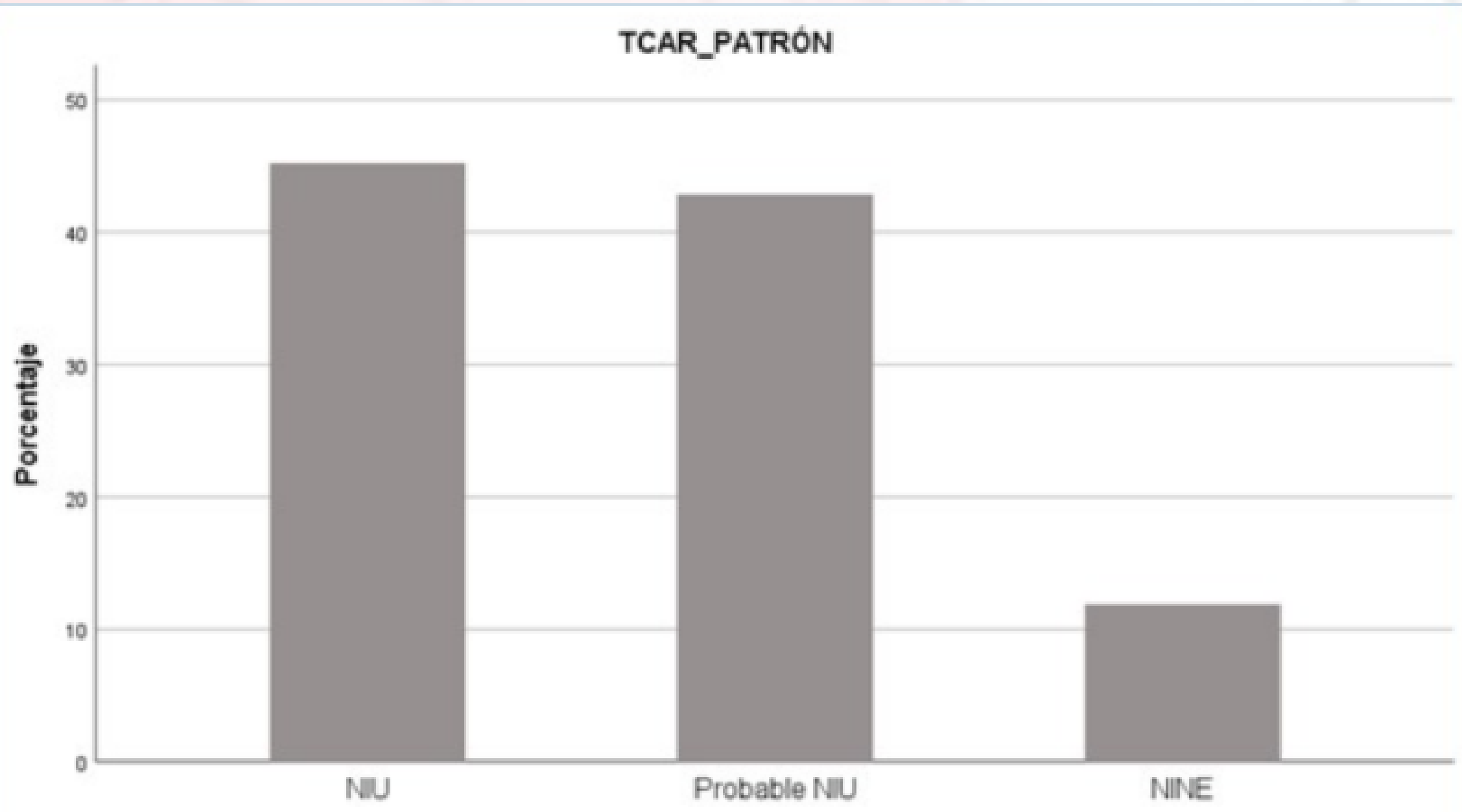


Gráfico 1. Distribución patrón TCAR