

## ● *Afectación pulmonar en la artritis reumatoide*

Morales Payán JA

Centro de Salud de Totana (Murcia)

### ● INTRODUCCIÓN

La afectación pulmonar en la artritis reumatoide (AR) se manifiesta sobre todo como pleuritis, nódulos reumatoides y todo un espectro clínico que abarca desde la neumonitis subclínica a la fibrosis intersticial con enfermedad restrictiva (indistinguible de la forma idiopática), enfermedad obstructiva de pequeñas y grandes vías, vasculitis e hipertensión pulmonar<sup>1-3</sup>.

### CASO CLÍNICO

Varón de 51 años de edad, inmigrante, procedente de Ecuador, que acude sin cita previa por sensación disneica de pequeños esfuerzos (sensación de ahogo al caminar en terreno llano) que se acentúa tras cuadro compatible con infección respiratoria de vías altas de dos días de evolución. Refería sensación distérmica, fiebre sin termometrar, tos productiva, "pitos" y "presión al respirar". El paciente no tenía historia clínica previa en el centro ni tarjeta sanitaria.

Se le interrogó sobre sus antecedentes personales y no presentaba alergias medicamentosas conocidas; fumador de unos 15 cigarrillos/día; había sido tratado hacía un año y medio en su país con quimioprofilaxis tuberculosa por un caso aparecido en un familiar. Fue diagnosticado de "una enfermedad de los huesos" hacía 6 años que cataloga como "reuma" y que se trataba con AINE y con tandas de "cortisona". Según comentaba, desde hacía unos 9 meses notaba una fatiga que iba en aumento con los esfuerzos habituales y se había agudizado en el último mes coincidiendo con su llegada a nuestro país.

A la exploración destacaba: febril (38°C), palidez cutáneo-mucosa, no cianosis, taquipneico y taquicárdico. No ortopnea. Orofaringe: hiperemia faríngea sin exudados. No se palpan adenopatías en cuello. Auscultación cardiaca: tonos puros y rítmicos, no soplos. Auscultación respiratoria: crepitantes bilaterales en ambos hemitórax, algún roncus cambiante con la tos. Extremidades: se aprecian manos con desviación cubital de dedos de ambas manos, flexión de las articulaciones metacarpofalángicas y dedos cuarto y quinto de la mano derecha en ojal; atrofia de la musculatura intrínseca dorsal de ambas manos; movilidad limitada en ambas manos, hombros y rodillas.

Se trató al paciente como infección bronquial con antibioterapia (claritromicina 500 mg/12 horas), antitérmicos (paracetamol 650 mg/6 horas), salmeterol inhalado y tanda corta de corticoides vía oral. Como resultado de la exploración descrita se sospechó como hipótesis inicial cuadro reumático tipo artritis reumatoide como enfermedad de base y se solicitaron pruebas radiológicas, Mantoux y analítica para su confirmación. Se le citó en consulta programada para valoración de la evolución del cuadro respiratorio, para completar su historia clínica y estudio del cuadro clínico base de sospecha.

Cuando acude el paciente a la consulta programada se le interroga y explora detenidamente. Cumple 6 de los 7 criterios de la *American Rheumatism Association* para el diagnóstico de AR (todos excepto el de nódulos reumatoides) (**Tabla 1**).

En la radiología seriada destaca:

- Manos: osteopenia generalizada, pinzamiento articular y erosiones en zona radio-carpiana, articulación cúbito-carpiana de ambas



**Tabla 1. CRITERIOS REVISADOS DE CLASIFICACIÓN DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 1987<sup>2</sup>**

- Rigidez matutina, de al menos una hora de duración
- Artritis de tres o más áreas\* simultáneamente, objetivadas por un médico
- Artritis de las articulaciones de la mano. Afección de al menos una de las siguientes áreas: carpos, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales
- Artritis simétrica. En pequeñas articulaciones de manos y pies no se exige simetría absoluta
- Nódulos reumatoides, objetivados por un médico
- Factor reumatoide positivo
- Hallazgos radiológicos típicos de artritis reumatoide en la radiografía posteroanterior de manos. Deben incluir erosiones u osteopenia yuxtaarticular en las zonas afectas

\*Se consideran 14 posibles áreas articulares: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, carpos, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas derechas e izquierdas.

Los 4 primeros criterios deben mantenerse al menos durante 6 semanas. Se acepta el diagnóstico de artritis reumatoide si se cumplen 4 de estos 7 criterios.

manos, epífisis distal de los metacarpianos segundo, tercero y cuarto de mano derecha, y segundo y tercero de mano izquierda, con alguna geoda subcondral; existe borramiento de algunas articulaciones del carpo.

· Pies: erosiones en las articulaciones metatarsofalángicas de tercer, cuarto y quinto dedos de ambos pies, con estrechamiento de la interlínea de dichas articulaciones.

· Pulmonar (**Figura 1**): fibrosis bilateral con infiltrados reticulonodulares basales bilaterales y bronquiectasias de tracción basales.

En los datos de laboratorio destaca VSG elevada (75), discreta leucocitosis (11.500) con neutrofilia y anemia normocítica normocrómica. Bioquímica básica normal. Factor reumatoide IgM positivo (FR).

Prueba de Mantoux: negativa (induración de 5 mm).

Espirometría: CVF 1190 ml (disminuida), VEMS

850 ml (50%) (disminuida), VEMS/CVF 90% (normal), VR disminuido, CV disminuido; se informa desde especializada como patrón restrictivo.

El paciente comenta que desaparece la sensación febril tras tratamiento prescrito y mejora discretamente su disnea. En la exploración física más detallada se encuentran los datos descritos en la primera visita y movilidad limitada en ambas manos, hombros y rodillas. A la vista de los datos obtenidos y con diagnóstico inicial de AR, se remite al paciente para completar estudio a neumólogo de zona y a reumatólogo de zona, que solicitan pruebas bioquímicas complementarias (ANA, anticuerpos anti-DNA...), radiología seriada de columna, gasometría (se informa como discreta hipoxemia e hipocapnia asociada). Confirman el diagnóstico de sospecha inicial (AR). En el informe remitido de especializada se cita como juicio clínico "artritis reumatoide según criterios de la ARA con manifestaciones extraarticulares de tipo pulmonar con patrón restrictivo". Se instauro tratamiento con ciclosporina, piroxicam, omeprazol, corticoides vía oral e inhalados, salmeterol y bromuro de ipratropio inhalados.

Tras varios meses de tratamiento, en revisiones posteriores el paciente informa de que mejora clínicamente de su disnea basal y puede realizar las tareas fundamentales de su vida diaria (pasamos de una disnea grado 2 a grado 1 (**Tabla 2**). También refiere mejoría de sus artralgiás crónicas y presenta menor rigidez matutina desde que se instauró el

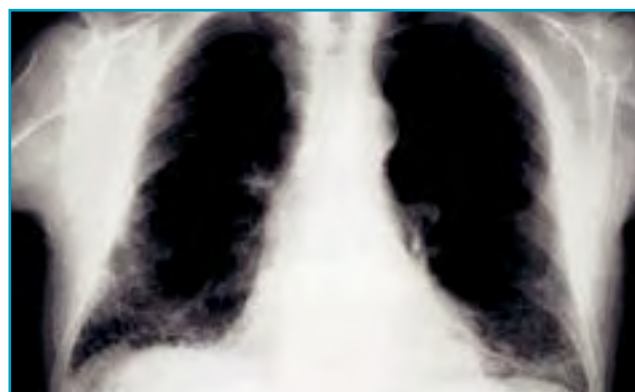


Figura 1

**Tabla 2. ESCALA DE VALORACIÓN DE LA DISNEA**

- Grado 0  
Disnea en ejercicio máximo
- Grado 1  
Disnea al caminar deprisa en terreno llano o subiendo cuestas
- Grado 2  
El paciente tiene que caminar más despacio que personas de su edad o pararse en llano a paso normal
- Grado 3  
El paciente se detiene cada cien metros o después de pocos minutos caminando en terreno llano
- Grado 4  
Disnea al vestirse, que le incapacita para poder salir de casa

tratamiento por parte del reumatólogo. Desciende la VSG y no se detecta en analíticas de control empeoramiento de parámetros iniciales. La tolerancia a la medicación fue buena.

## ● DISCUSIÓN

Las manifestaciones pulmonares en la AR consisten en pleuritis, fibrosis intersticial, nódulos pleuropulmonares, neumonitis y arteritis<sup>1-5</sup>.

La enfermedad pleural es la manifestación respiratoria más frecuente de la AR<sup>5-7</sup>: un 20% de pacientes tiene dolor pleurítico, pero sólo un 5% de ellos presenta derrame pleural<sup>5,7</sup>. En autopsias aparece una prevalencia de derrame pleural del 75%<sup>5</sup>. Éste habitualmente es unilateral, pequeño, relativamente asintomático y presenta características de exudado (glucosa y pH muy bajos, elevados títulos de FR)<sup>5</sup>. Los estudios histopatológicos de la pleura parietal muestran nódulos reumatoides, placas de colesterol y fibrosis, mientras que en la pleura visceral hay cambios inflamatorios inespecíficos. Está descrito el desarrollo de empiemas de inicio insidioso como complicación de derrames pleurales en la AR, más frecuentes en varones con enfermedad

de larga evolución, atribuidos a diferentes mecanismos, como sobreinfección de derrames previos o pequeños neumotórax en pacientes con nódulos subpleurales<sup>4-7</sup>.

La fibrosis pulmonar es frecuente en la autopsia (del 10-50% de pacientes), aunque la afectación sintomática durante la vida del paciente es poco frecuente<sup>5</sup>. En alguna publicación se comenta que en algunas series de pacientes con AR existían anomalías radiológicas que sugerían enfermedad intersticial difusa en el 1,6%<sup>5-7</sup>. Suele ser más frecuente entre los 40-70 años, en fumadores y en pacientes varones (2:1). La clínica es similar a la de la fibrosis pulmonar idiopática, aunque su evolución es algo más benigna que en ésta: tos no productiva, disnea progresiva, con estertores crepitantes bibasales. En raras ocasiones la neumopatía precede a las manifestaciones articulares. En los estadios iniciales, la radiología puede ser normal y la neumopatía se detecta por estudios funcionales respiratorios. El patrón radiológico típico consiste en infiltrados reticulonodulares basales o pulmón en panal en la fibrosis establecida. En las pruebas funcionales respiratorias aparece un patrón restrictivo. La hipoxia basal arterial es un dato de enfermedad avanzada. La fibrosis pulmonar puede producir una alteración de la capacidad de difusión pulmonar<sup>2,3,5,6,8</sup>.

El uso de la TAC torácica ha supuesto una importante aportación para el diagnóstico, por la mayor sensibilidad respecto a la radiología convencional en la detección de la afectación intersticial, sobre todo cuando hay alteración pleural y de las vías aéreas, como bullas y enfisemas. También es útil el lavado bronquioalveolar para detectar una afectación subclínica, así como para cuantificar la actividad inflamatoria. La presencia de eosinófilos o neutrófilos indica peor pronóstico, mientras que el predominio linfocitario indica una buena respuesta a los glucocorticoides. También es útil para excluir patología infecciosa y para diagnosticar enfermedad intersticial difusa secundaria a fármacos<sup>8</sup>.



Los nódulos pulmonares son un hallazgo infrecuente (menos del 0,5% en las evaluaciones radiológicas). Pueden aparecer solos o en grupos. Suelen tener un tamaño de 0,5 a 5 cm y suelen ser periféricos. Frecuentemente son asintomáticos. Se pueden cavitarse (50%) y ocasionar neumotórax o fistulas broncopulmonares. Suelen ser más frecuentes en lóbulos superiores y subpleurales, redondeados, de 1-2 cm de diámetro. Son más frecuentes en varones (2:1). Nódulos similares pueden aparecer en pacientes con AR y neumociosis en la asociación denominada síndrome de Caplan<sup>6,7</sup>. Hay que hacer diagnóstico diferencial con neoplasias primarias o metastásicas<sup>4,5,7</sup>.

Rara vez puede observarse hipertensión pulmonar secundaria a obliteración pulmonar<sup>5</sup>.

La bronquiolitis obliterante se ha detectado en pacientes tratados con D-penicilamina en menos del 1% de los casos; también se ha descrito en el curso de tratamiento con sales de oro, sulfasalicina e incluso AINE. En la radiología aparece hiperinsuflación pulmonar sin evidencia de infiltrados intersticiales; en las pruebas de función pulmonar se aprecia obstrucción importante de las vías respiratorias que afecta sobre todo a pequeñas vías<sup>5</sup>.

En algunos pacientes se asocia una fibrosis localizada en lóbulos superiores con bullas e imágenes quísticas, similar a la descrita como enfermedad fibrobullosa de la espondilitis anquilopoyética<sup>2,5</sup>.

La AR favorece las infecciones pulmonares<sup>5</sup>.

El curso evolutivo de la enfermedad pulmonar es malo, con una supervivencia del 50% a los 54 meses<sup>5,9</sup>.

Como conclusión final podemos decir que, ante un paciente con AR y disnea, debemos pensar en el diagnóstico diferencial en la afectación pulmonar como manifestación extraarticular propia de esta enfermedad y no sólo en cuadros de infección respiratoria. En el caso expuesto podemos considerar que el paciente presenta cuadro pulmonar secundario a la fibrosis pulmonar, manifestación extraarticular de la AR, que se acentúa tras una infección respiratoria aguda.

Dada la mala evolución de los pacientes que presentan enfermedad pulmonar intersticial en la AR, debemos intentar confirmar su diagnóstico lo más precozmente posible y comenzar el despistaje con los medios que tenemos al alcance de la Atención Primaria: clínica, radiología, laboratorio, espirometría; con la orientación diagnóstica adecuada derivaremos a especializada a fin de proporcionar a este tipo de pacientes el tratamiento más adecuado y precoz posible para aportarles la máxima calidad de vida posible y la máxima autonomía en la evolución de su enfermedad. También es importante desde el punto de vista de la Atención Primaria, por la cercanía que tenemos con el paciente, el seguimiento de su evolución con los medios a nuestro alcance, para detectar empeoramientos, fracasos terapéuticos, intolerancias a medicaciones o cualquier tipo de cambio que presenten los afectados por la enfermedad. Finalmente, debemos hacer hincapié en que en estos casos es fundamental una buena coordinación con la Atención Especializada para el diagnóstico correcto y seguimiento de los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz García AM, González Álvaro I, Laffón Roca A. Artritis reumatoide (I). *Medicine* 1997; 7(55): 2475-2481.
2. Bachiller Corral J, Zea Mendoza A, Orte Martínez J. Artritis reumatoide (II). *Medicine* 1997; 7(55): 2482-2490.
3. Lipsky P. Artritis Reumatoide. En Harrison: Principios de Medicina Interna. 14ª edición, 1998. Vol. 2, 2135-2145.
4. Cannon GW, Zimmerman GA. The lung in rheumatic diseases. Nueva York: M Dekker, 1990.
5. González García T. Clínica de la Artritis Reumatoide. Manual SER de las enfermedades reumáticas, 3ª edición. Panamericana. Madrid, 2000; 264-276.
6. Helters R, Galván J, Hunninghake GW. Pulmonary manifestations associated with rheumatoid arthritis. *Chest*, 1991; 100: 235-238.
7. Donado Uña JR. Afectación pulmonar de enfermedades sistémicas o secundarias a patologías de otros órganos. *Neumología en Atención Primaria* 1999; 34: 437-477. Biblioteca Aula Médica.
8. Laffón A, García de Vicuña R, Humbria A, Aspa FJ, Ancochea J. La neumopatía intersticial en la artritis reumatoide. Técnicas diagnósticas y utilidad del lavado broncoalveolar. En: Rodríguez de la Serna A, Blanch J, Benito P Eds. *Temas actuales de Reumatología*. Barcelona: Espasa, 1990; 223-254.
9. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 481-494.
10. Vanderbroucke JP, Hazevoet HM, Cats A. Survival and causes of death in rheumatoid arthritis. *BMJ* 1985; 290: 1797-9.