



P140 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL

M.R. Ortega Castro¹, L. Pérez-Sánchez¹, P. Font-Ugalde¹, J. Calvo-Gutiérrez¹, A. Requejo-Jiménez², S. Espejo-Pérez³, T. González-Serrano⁴, M.C. Castro-Villegas¹, I. Gómez-García¹, A. Escudero-Contreras¹, L. Ladehesa Pineda¹, E. Collantes-Estévez¹ y M.Á. Aguirre Zamorano

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba/IMIBIC/Universidad de Córdoba.

²Servicio de Neumología; ³Servicio de Radiodiagnóstico; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) se asocia con frecuencia a las conectivopatías (CT) y es una de las causas fundamentales de morbi-mortalidad en estos pacientes. Recientemente se ha definido el concepto de neumopatía intersticial (NI) con características autoinmunes (IPAF) para describir pacientes con EPID con características clínicas, serológicas y/o morfológicas sugestivas de autoinmunes pero que no cumplen criterios de CT definida.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y radiológicas, así como los patrones de tratamiento de los pacientes con EPID remitidos a un Servicio de Reumatología por sospecha de CT.

Métodos: Estudio observacional, transversal de 43 pacientes con EPID, procedentes de la consulta de NI del Servicio de Neumología y remitidos para valoración a la consulta de enfermedades autoinmunes de la UGC de Reumatología del Hospital Reina Sofía. Los pacientes fueron clasificados como CT definida, IPAF y otro tipo de neumopatía. Realizamos un estudio descriptivo de todos los pacientes y comparamos las características clínico-analíticas-radiológicas y patrones de tratamiento de los 2 primeros grupos.

Resultados: De los 43 pacientes, 67,40% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 65,65 (10,42) años y un 53,50% de fumadores. 16 se englobaron dentro del grupo de CT definida, 17 en el de IPAF y 10 en otro tipo de neumopatía. En el grupo de CT la esclerodermia fue la enfermedad + frecuente (6/16), seguida de la miopatía inflamatoria (4/16), el síndrome de Sjögren (3/16), la AR (2/16) y la polimialgia reumática (1/16). El síntoma más común fue el fenómeno de Raynaud (FR) (7/16), seguido de la artritis (7/16) y las manos de mecánico (3/16), con menos frecuencia teleangiectasia palmar (2/16) y edema digital (1/16). En cuanto a los anticuerpos (AC) + frecuentemente identificados fueron los ANA (100%), anti-RO (41,7%), ACPA (30%) y factor reumatoide (fr) (28,6%). En los pacientes con IPAF, al igual que en el grupo de CT, el criterio clínico más observado fue el FR (5/17), seguido de la artritis (1/17) y las manos de mecánico (1/17). Dentro de los criterios serológicos los AC más comunes fueron los ANA (100%), anti-RO (33,3%), anti-RNA sintetasa (28,6%) y el fr (22,2%). En cuanto al patrón radiológico, en ambos grupos el más frecuente fue el de NINE, seguido del patrón indeterminado y NIU en tercer lugar. No se encontraron

diferencias significativas por género y edad, entre el grupo de CT e IPAF, observando en ambos un predominio de mujeres con edad media similar. El hábito tabáquico fue superior en el grupo de IPAF (70,6% vs 31,5%, $p = 0,02$). Respecto al tratamiento empleado el uso de inmunosupresores fue más frecuente en el grupo de CT (56,3% vs 11,8%, $p = 0,007$).

Conclusiones: Las características clínico-serológicas y de imagen fueron similares en los pacientes con IPAF y CT, lo que respalda la noción de una fisiopatología similar. En nuestra cohorte los pacientes con CT recibieron inmunosupresión + frecuentemente que el grupo IPAF, no obstante serían necesarios trabajos futuros para evaluar si la respuesta al tratamiento es similar en estas poblaciones y si la inmunosupresión puede beneficiar a los pacientes con IPAF a largo plazo. Además podría ser de utilidad incluir el patrón NIU dentro de los criterios de clasificación de IPAF, ya que supone el 3er patrón radiológico más frecuente.

Bibliografía

1. Respirology. 2016;21:245-58.
2. Eur Respir J. 2015;46:976-87.