



Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiaclinica.org>

P110 - Epidemiología de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa asociada a Artritis Reumatoide

M.G. Bonilla Hernán¹, L. Gómez-Carrera², M. Fernández Velilla³, R. Álvarez-Sala Walther² y A. Balsa Criado¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz. Idipaz. Ciberes. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen

Introducción: La afectación pulmonar en la artritis reumatoide (AR) es una manifestación extraarticular común, de ellas la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la más frecuente y la segunda causa de mortalidad en la AR. Existen pocos datos en relación con la prevalencia y sus características en nuestro medio.

Objetivos: Estimar la prevalencia de AR en nuestro área, de EPID asociada AR y sus características clínicas, factores de riesgo y patrones radiológicos.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional longitudinal prospectivo entre el año 2007 y 2018, en el Hospital Universitario La Paz. Se reclutaron los pacientes con AR del área y los pacientes con síntomas respiratorios o crepitantes y diagnóstico de EPID por TCAR que realizan seguimiento en consulta interdisciplinar entre Neumología y Reumatología.

Resultados: Se identificaron 2.729 pacientes con AR de los registros sanitarios de atención primaria, estimándose una prevalencia global de AR en el área de 0,62% (IC95% 0,60-0,64). De ellos, 90 presentaron EPID, con lo que la prevalencia poblacional de EPID clínica en AR en nuestro área fue de 1,72% (IC95% 1,26-2,29). Analizado por sexos, la prevalencia fue de 3,11 (IC95% 1,95-4,72) en hombres y 1,26 (IC95% 0,80-1,82) en mujeres. La prevalencia en mayores de 55 años se calculó en 1,53 (1,03-2,19). La tabla 1 muestra la descripción de los pacientes con AR y EPID. La edad media al diagnóstico de la AR es 57,3 ± 13,3 años y la mitad eran mujeres. El 16% de la muestra eran fumadores, y un 45% exfumadores. El hábito tabáquico fue significativamente más frecuente en hombres (24% vs 7%; p 0,0001), sin diferencias por grupo de edad. En la mayoría de los casos, la afectación articular fue la sintomatología de inicio (80; 90%) con una mediana de tiempo entre los síntomas articulares y pulmonares de 9,9 años. En relación con los síntomas respiratorios, en la visita basal, el 23% presentaron tos, el 58% disnea, el 14% ambas y el 66% crepitantes en la exploración. El 84,3% de los pacientes FR positivo y el 84,7% tenían ACPA. El patrón radiológico más frecuente fue de NIU o posible NIU, en 33 pacientes (36,3%), seguido de NINE, en 20 pacientes (22,2%). La NINE fue más frecuente en mujeres, mientras que el síndrome combinado de enfisema-fibrosis (SCEF) lo fue en hombres (tabla 2). Se observó mayor frecuencia de NINE en los 55 años (32% vs 14%) p = 0,048 y de NIU en los mayores de esa edad (39% vs 22%), aunque las diferencias no alcanzaron valores de significación estadística. El SCEF, fué mas frecuente en el grupo de mayor edad (20% vs 5%), p = 0,03 (tabla 3). Al agrupar a los pacientes por grupos radiológicos encontramos que la edad media al diagnóstico de la NINE era menor que el grupo con NIU, posible NIU y SCEF. Si eliminamos los pacientes con SCEF, al comparar el

grupo de NIU y posible NIU, frente a NINE; los pacientes con NINE, también son más jóvenes al diagnóstico y es más frecuente en mujeres. Al comparar los pacientes con NIU y posible NIU frente NINE no se vieron diferencias significativas en los valores de DLCO y CVF. El 31% de los pacientes seguidos fallecieron durante el seguimiento.

Tabla 1. Descripción de la muestra de pacientes con AR y EPID

Sexo mujer, n (%)	44 (48,9)
Edad al diagnóstico m \pm DE	57,3 \pm 13,3
FR positivo, n (%)	75 (84,3)
Título FR,m m \pm DE	688,8 \pm 1184
ACPA positivo, n (%)	72 (84,7)
Tabaquismo, n (%)	
No fumador	35 (39,3)
Exfumador	40 (44,9)
Fumador	14 (15,7)
Sintomatología de inicio	
Articular	80 (88,9)
Pulmonar	10 (11,1)
Síntomas y signos pulmonares, n (%)	
Tos	20 (23)
Disnea	50 (58,1)
Tos y disnea	13 (14,4)

AP patológica	59 (66,3)
CVF (primera determinación) m ± DE	0,93 ± 0,19
DLCO (primera determinación) m ± DE	0,73 ± 0,21
Exitus n (%)	26 (30,9)

Tabla 2. Distribución de patrones radiológicos por sexos

Patrones	Hombre (n = 46)	Mujer (n = 44)	Valor p
NIU	14 (30,4%)	14 (31,8%)	0,887
Posible NIU	2 (4,3%)	3 (6,8%)	0,673
NIU + posible NIU	16 (34,8%)	17 (38,6%)	0,705
Síndrome combinado enfisema fibrosis	12 (26,1%)	-	0,0001
NINE	6 (13,3%)	14 (34,1%)	0,032
Neumonía organizada	2 (4,3%)	4 (9,1%)	0,429
Neumonía intersticial linfoide	1 (2,2%)	5 (11,4%)	0,107
Bronquiolitis respiratoria con EPI	-	1 (2,3%)	0,489
Vidrio deslustrado	3 (6,5%)	-	0,242
Patrón inespecífico	6 (13,0%)	3 (6,8%)	0,486

Tabla 3. Distribución de patrones radiológicos por edad

Patrones	55 años (n = 41)	> 55 años (n = 49)	Valor p
----------	------------------	--------------------	---------

NIU	9 (21,9%)	19 (38,8%)	0,086
Posible NIU	2 (4,9%)	3 (6,1%)	1,000
NIU + posible NIU	11 (26,8%)	22 (44,9%)	0,076
Síndrome combinado enfisema-fibrosis	2 (4,9%)	10 (20,4%)	0,033
NINE	13 (31,7%)	7 (14,3%)	0,048
Neumonía organizada	5 (12,2%)	1 (2,0%)	0,054
Bronquiolitis respiratoria con EPI	-	1 (2,0%)	1,000
Neumonía intersticial linfoide	3 (7,3%)	3 (6,1%)	1,000
Vidrio deslustrado	3 (7,0%)	-	0,094
Patrón inespecífico	4 (9,8%)	5 (10,2%)	1,000

Conclusiones. La prevalencia de EPID en AR fue más elevada en hombres, está relacionada con el tabaquismo y la seropositividad del FR y de los ACPA. El patrón radiológico más frecuente fue NIU. El síndrome combinado enfisema fibrosis aparición exclusivamente en hombres y el patrón NINE fué más frecuente en mujeres.