

Enfermedad pulmonar intersticial en artritis reumatoidea

La afectación extraarticular en la artritis reumatoidea (AR) es común y los pulmones se ven afectados en el 60-80% de los casos, elevando 3 veces el riesgo de muerte prematura en comparación con los pacientes con AR sin enfermedad pulmonar intersticial (EPI). La mediana de supervivencia después del diagnóstico de EPI es de 3 años. La AR puede afectar todos los compartimentos anatómicos del tórax, incluido el parénquima pulmonar, las vías respiratorias grandes y pequeñas, la pleura y, con menos frecuencia, los vasos pulmonares. Las infecciones de las vías respiratorias y la toxicidad pulmonar relacionada con fármacos pueden sumarse y complicar aún más el cuadro. Las estrategias óptimas de detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares asociadas con la AR representan un tema de investigación en curso. También es importante considerar otras enfermedades del tejido conectivo al evaluar a un paciente con enfermedad pulmonar de etiología desconocida.

La enfermedad intersticial y las bronquiectasias son manifestaciones extraarticulares comunes de la AR, con una prevalencia estimada entre 10 y 30%. El desarrollo de EPI ocurre típicamente dentro de los 5 años posteriores al diagnóstico de AR y en hasta un 20% de los pacientes puede incluso preceder a la enfermedad articular. Se observa con mayor frecuencia en los hombres con una proporción 2:1 versus mujeres.

La prevalencia de bronquiectasias en forma subclínica puede llegar al 30-50 %, según estudios con tomografía computarizada de alta resolución.

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar EPI se encuentra la edad > 65 años, el tabaquismo y el sexo masculino. La positividad sérica para anticuerpos antiproteína/péptido citrulinado y/o el factor reumatoideo, el antígeno leucocitario HLA-DR4 y la presencia de otras manifestaciones extraarticulares, en particular nódulos subcutáneos, son predictores significativos para el desarrollo de EPI. La patogenia de los cambios pulmonares en la AR establecida puede involucrar varios tipos de células con interacciones complejas entre diferentes compartimentos celulares. Las manifestaciones pulmonares en la AR probablemente se desencadenen tanto por agresiones locales como sistémicas. Los factores ambientales por un lado y las inflamaciones sistémicas y vasculares por el otro pueden actuar en sinergia y provocar inflamación alveolar y fibrosis intersticial. Hallazgos recientes respaldan un papel crucial de los pulmones como sitios clave de la mucosa en los que una pérdida de tolerancia inmunológica da como resultado la generación de autoinmunidad específica para la AR que precede al inicio de la enfermedad articular y la artritis clínica. Por lo tanto, en la AR, los pulmones están principalmente involucrados como sitios extraarticulares en el inicio de la enfermedad y secundariamente como sitios extraarticulares de la enfermedad establecida.

En conclusión, se requiere un abordaje integral y multidisciplinario para el diagnóstico diferencial de las EPI, la identificación temprana y la intervención oportuna en las formas progresivas y fibrosantes. Es especialmente crucial contextualizar cualquier síntoma respiratorio en un paciente dado con AR.

Bibliografía

Laria A et al. Faggioli P and Mazzone A (2022) Interstitial Lung Disease in Rheumatoid Arthritis: A Practical Review. Front. Med. 9:837133.

<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.837133>