

Manifestaciones pulmonares de la artritis reumatoide. A propósito de un caso clínico

María Victoria Toledo-Pereda¹, María Noel Rivero¹, Carolina Díaz², Sandra Consani²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Maciel. Universidad de la República. Uruguay

²Servicio de Clínica Médica. Hospital Maciel. Universidad de la República. Uruguay

Recibido: 05/01/2019

Aceptado: 29/07/2019

En línea: 31/08/2019

Citar como: Toledo-Pereda MV, Rivero MN, Díaz C, Consani S. Manifestaciones pulmonares de la artritis reumatoide. A propósito de un caso clínico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 54-56. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a5.

Cite this as: Toledo-Pereda MV, Rivero MN, Díaz C, Consani S. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. About a clinical case. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 54-56. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a5.

Autor para correspondencia: María Victoria Toledo-Pereda. vickytoledopereda@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Artritis reumatoide
- ▷ Derrame pleural
- ▷ Enfermedad pulmonar
- ▷ Enfermedad intersticial

Keywords

- ▷ Rheumatoid arthritis
- ▷ Pleural effusion
- ▷ Pulmonary disease
- ▷ Interstitial disease

Resumen

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, que puede asociar compromiso respiratorio siendo las manifestaciones más frecuentes la enfermedad pulmonar intersticial y el derrame pleural, lo que ensombrece el pronóstico de estos pacientes. Se presenta un caso clínico de artritis reumatoide en etapa secuelear, con compromiso pleural en forma de pseudoempiema, hidroneumotórax y hallazgos tomográficos compatibles con neumonitis intersticial linfoide.

Abstract

Rheumatoid arthritis is a systemic disease, which may be associated with respiratory involvement, the most frequent manifestations is interstitial lung disease and pleural effusion, which overshadows the prognosis of these patients. A clinical case of rheumatoid arthritis in the sequelae stage is presented, with pleural involvement in the form of pseudo-empyema, hydropneumothorax and tomographic findings compatible with lymphoid interstitial pneumonitis.

Puntos destacados

- ▷ La afectación respiratoria es una manifestación extraarticular frecuente de la artritis reumatoide. Puede manifestarse a nivel parenquimatoso, intersticial, vascular o pleural.
- ▷ El compromiso pleural es el más frecuente.
- ▷ El derrame pleural en la artritis reumatoide puede evolucionar a la cronicidad y presentarse como pseudoempiema, requiriendo abordaje quirúrgico.

Caso clínico

Mujer de 57 años. Antecedentes personales: fumadora, AR diagnosticada en 2010, en tratamiento con metotrexato, hidroxiquina y prednisona hasta 2015, en que abandona dicho tratamiento, continuando exclusivamente con corticoides a demanda.

El año previo a la consulta fue hospitalizada por derrame pericárdico y pleural bilateral secundario a AR, excluyéndose la etiología infecciosa, y alcanzándose una resolución completa con corticoides y metotrexato como fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y drenaje pleural bilateral. Posteriormente abandonó el tratamiento y seguimiento de su enfermedad.

En 2018 consulta por disnea progresiva de reposo, tos y expectoración mucosa escasa, sin fiebre ni otros síntomas respiratorios.

Examen físico: polipnea de 24 rpm, matidez, vibraciones disminuidas y murmullo alveolovesicular abolido en mitad inferior de ambos hemitórax.

Clinimetría: DAS28 = 6.51.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada principalmente por compromiso articular con sinovitis crónica y erosiva. Puede presentar manifestaciones extraarticulares, aunque la afectación respiratoria es la más frecuente, con compromiso pleural (20%) e intersticial (10-20%)¹⁻³. Las manifestaciones pleurales que se pueden observar son: pleuritis seca, derrame pleural, pseudoempiema, empiema, pseudoquilotórax, hemotórax/neumotórax, pnoneumotórax y fístulas broncopleurales². A continuación, se presenta un caso clínico de AR con compromiso pleuropulmonar severo.

Resultados obtenidos en pruebas complementarias:

- Tomografía computarizada de tórax. Contenido hidroaéreo con nivel en cavidad pleural bilateral mayor en lado izquierdo de disposición atípica, que determina leve atelectasia parenquimatosa subyacente. Derrame pericárdico leve. En ambos lóbulos superiores afectación a predominio intersticial con patrón reticular, engrosamiento peribronquial e imágenes quísticas compatibles con neumonitis intersticial linfóide (NIL) (Figura 1).
- Líquido pleural (LP):
 - Citoquímico. Líquido purulento, proteínas 5.7 g/dl, glucosa menor a 0.02 mg/dl, LDH 6,635 U/l. pH: 7.0. Colesterol normal.
 - Citológico. Material purulento en su mayoría polimorfonucleados. Cultivos bacteriológicos, micológicos y *Mycobacterium tuberculosis*: negativos. PCR para tuberculosis: negativo.
- Anatomía patológica de pleura. Pleuritis inespecífica.
- Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar. Sin alteraciones.
- Cultivo de esputo. Negativo.
- VSG 60 mm; PCR 75 mg/l.

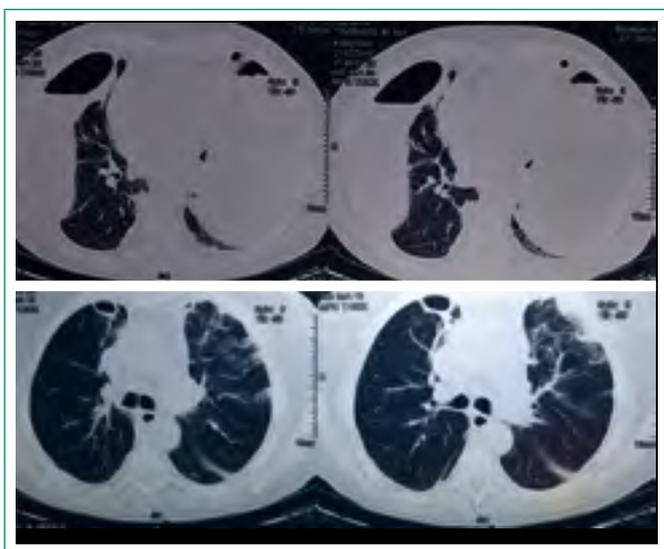


Figura 1. Contenido hidroaéreo en cavidad pleural bilateral a predominio izquierdo, y atelectasia subyacente

Se inició tratamiento médico con corticoides, prednisona 0.5 mg/kg/día y quirúrgico para la resolución pleural. Se realizó videopleurotoracotomía con biopsia pleural: derrame pleural pseudopurulento. Paquipleuritis engrosada, difusa, micronodular, con pulmón encarcelado. Se realiza conversión a toracotomía con decorticación pulmonar, múltiples fugas aéreas secundarias a fístulas bronquiopleurales. En la evolución se complicó con enfisema subcutáneo extenso, secundario a la presencia de fístulas bronquiopleurales, con insuficiencia respiratoria grave, que requirió asistencia respiratoria, falleciendo en escasas horas.

Diagnóstico

Se realizó diagnóstico de AR severa, con alta actividad de la enfermedad, con derrame pleural (DP). Las características del líquido permiten definirlo como un pseudoempiema vinculado a su AR, sugerido por un citoquímico compatible con empiema de laboratorio, estéril y con valores de colesterol normal, descartándose así el pseudoquilotórax^{1,4}. Junto con esto presentó hidroneumotorax bilateral y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) compatible radiológicamente con NIL.

Discusión

Las manifestaciones extraarticulares de la AR pueden preceder al diagnóstico o aparecer en la evolución y se asocian a un peor pronóstico⁵. El DP es la más frecuente, pudiendo ser asintomático, y caracterizándose por ser habitualmente unilateral y de predominio izquierdo, de tipo exudado y rico en linfocitos^{1,4,6}. Suele estar asociado a nódulos subcutáneos, derrame pericárdico y afectar a pacientes con AR de larga evolución¹. Es importante destacar que la mayoría de los DP se resuelven en semanas, pero en algunos casos pueden persistir y evolucionar a DP crónico.

El LP se caracteriza por glucosa menor a 60 mg/dl, LDH mayor a 700 UI/l, pH menor a 7.3 y cultivo bacteriológico negativo. Es importante descartar la etiología infecciosa. En algunos casos, el LP puede tener características de empiema: muy bajo nivel de glucosa (menor a 40 mg/dl), acidosis (pH menor a 7.2), valor elevado de LDH (mayor a 700 UI/l) y niveles de colesterol bajos o normales, pero tinción Gram negativa y cultivo estéril. Lo anteriormente nombrado se conoce con el nombre de pseudoempiema y es lo que presenta la paciente del caso clínico en análisis.

El pseudoempiema suele ser habitualmente secundario a rotura de nódulos reumatoides a nivel subpleural⁶. Como diagnóstico diferencial dentro de los DP crónicos asociado a AR, se describe también el pseudoquilotórax, dado que presentan un aspecto lechoso, son exudados, pero como diferencia se caracterizan por valores de colesterol altos (mayores a 200 mg/dl) y sin quilomicrones en el líquido pleural¹.

La presencia de un DP crónico, como en este caso clínico, puede dar lugar a un engrosamiento pleural y provocar encarcelamiento pulmonar e impedir la reexpansión a pesar de un tratamiento quirúrgico adecuado, aumentando la morbimortalidad^{4,7}.

El hidroneumotorax en esta paciente se puede explicar por necrosis y cavitación de nódulos subpleurales con posterior formación de fístulas bronco-pleurales. Otras etiologías posibles son la rotura de un quiste por la NIL o bula vinculada al tabaco^{2,7}.

La EPI es la manifestación pulmonar parenquimatosa más frecuente de la AR, ocurriendo en un 10-20%³. Si bien existen distintos patrones radiológicos/histológicos con distinto pronóstico, el patrón más frecuentemente descrito es el de neumonía intersticial usual (NIU), seguido de neumonía intersticial no específica, neumonía organizativa crónica y neumonía intersticial linfóide (NIL)³. En este caso, el patrón intersticial fue compatible radiológicamente con una NIL, dicho patrón es más frecuente en el síndrome de Sjögren, debiendo descartarse un solapamiento entre ambas enfermedades.

La presencia de EPI se relaciona con una menor sobrevida y mayor compromiso articular de la AR. Asimismo se vincula al consumo de tabaco, que actuaría en sinergia con la enfermedad promoviendo el desarrollo de fibrosis pulmonar³.

El tratamiento debe estar destinado a corregir la complicación actual y a disminuir la actividad de la AR. Se debe iniciar terapia corticoidea con prednisona a dosis de 0.5 mg/kg/día y es recomendable el abordaje quirúrgico (pleurodesis o decorticación)². En el tratamiento de la AR como enfermedad de base se recomienda la utilización FAME una vez superada la fase aguda de la complicación. En el caso clínico analizado es controvertido el uso de los FAME no biológicos (metotrexato y leflunomida), así como los anti-TNF, debido al riesgo de toxicidad pulmonar, eligiendo como la opción terapéutica más conveniente el tratamiento con tocilizumab, dado que es efectivo en monoterapia⁸.

Conclusión

Se presenta el caso de una paciente con AR que ejemplifica el amplio espectro de manifestaciones respiratorias secundarias a la enfermedad, siendo el compromiso intersticial y el pleural los más frecuentes. Es fundamental el tratamiento adecuado y precoz de la enfermedad para evitar el desarrollo de estas complicaciones, evitando así el incremento de la morbilidad y mortalidad.

Bibliografía

1. Massey H, Darby M, Edey A. Thoracic complications of rheumatoid disease. *Clin Radiol*. 2013 Mar; 68(3): 293-301. doi: 10.1016/j.crad.2012.07.007.
2. Amital A, Shitrit D, Adir Y. The lung in rheumatoid arthritis. *Presse Med*. 2011; 40(1 Pt 2): e31-48. doi: 10.1016/j.lpm.2010.11.003.
3. Gómez-Carrera L, Bonilla-Hernan G. Manifestaciones pulmonares de las enfermedades del colágeno. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49(6): 249-260. doi: 10.1016/j.arbres.2012.11.005.
4. Villena-Garrido V, Cases-Viedma E, Fernández-Villar A, de Pablo-Gafas A, Pérez-Rodríguez E, Porcel-Pérez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. *Arch Bronconeumol*. 2014 Jun; 50(6): 235-249. doi: 10.1016/j.arbres.2014.01.016.
5. Turrión-Nieves A, Martín-Holguera R, Pérez-Gómez A, Álvarez de Mon-Soto M. Artritis reumatoide. *Medicine*. 2017; 12(28): 1615-1625. doi: 10.1016/j.med.2017.02.010.
6. Balbir-Gurman A, Yigla M, Nahir AM, Braun-Moscovici Y. Rheumatoid pleural effusion. *Semin Arthritis Rheum*. 2006; 35(6): 368-378.
7. Jacobs TE, Hollingsworth HM, Nash G. Persistent bilateral effusions and fever in a 48-year-old man. *Chest*. 1993; 104(5): 1597-1599. doi: 10.1378/chest.104.5.1597.
8. Ocampo-Chaparro JM, Hernández H, Reyes-Ortiz CA. Artritis reumatoide de inicio tardío asociada a enfermedad pulmonar intersticial. *Rev Colomb Reumatol*. 2016; 23(2): 1-5. doi: 10.1016/j.rcreu.2017.10.003.