

Utilidad de la ecografía pulmonar y el valor de Krebs von den Lungen 6 en el diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa en los pacientes con Artritis Reumatoide seropositiva

Irene Peralta Garcia¹, Pere Serra Mitjà², María Martínez-Bujidos³, Pau Alcubilla⁴, Susana Holgado¹, Ivette Casafont Solé¹. ¹ Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. ² Servicio de Neumología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. ³ Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. ⁴ Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción

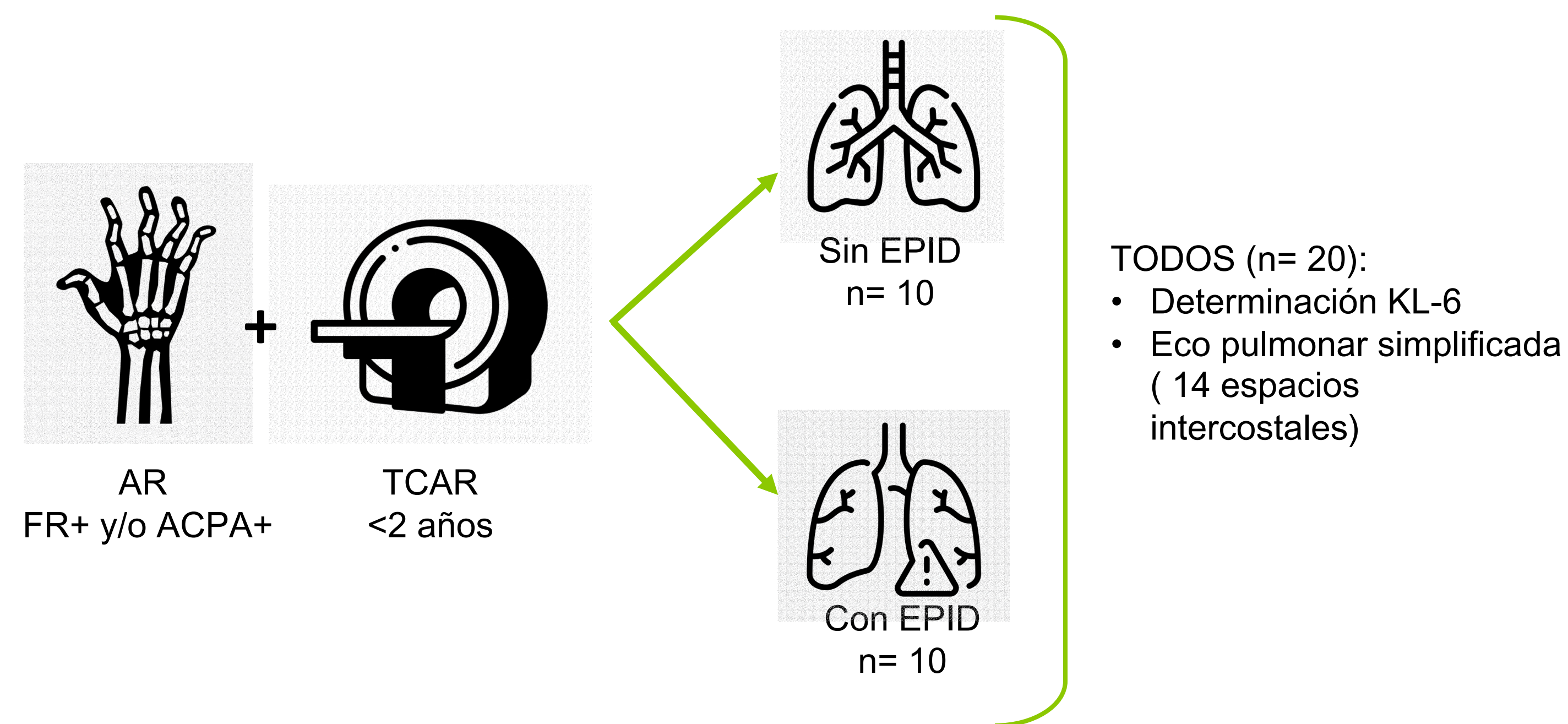
La Artritis Reumatoide (AR) afecta al 0,5-1% de la población general. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a AR (EPID-AR) es su segunda causa de mortalidad, con una incidencia entre 1,06-4,1 por cada 1.000 pacientes. Recientemente se han publicado recomendaciones para el cribado de EPID-AR (Recomendaciones SER/SEPAR 2022), que se basa en factores clínicos y biológicos. Aun así, a día de hoy, no disponemos de ninguna herramienta de cribado para su diagnóstico de rutina en práctica clínica habitual.

En los últimos años se ha descrito la posible utilidad tanto de la ecografía pulmonar como de los valores de Krebs von den Lungen 6 (KL-6) para el diagnóstico de la EPID-AR.

Objetivos

Describir los hallazgos en ecografía pulmonar de pacientes con AR seropositiva. Analizar la relación de los hallazgos en ecografía pulmonar y los valores de KL-6 con la presencia de EPID-AR y su extensión por TAC torácico de alta resolución (TCAR).

Métodos



Estudio exploratorio realizado en pacientes con AR Factor Reumatoide (FR) + y/o anti-péptido cíclico citrulinado (ACPA) + y TCAR reciente (<2 años) que confirma o descarta EPID en seguimiento por Reumatología en un hospital de tercer nivel. En ambos grupos se realizó una ecografía pulmonar simplificada a cargo de un neumólogo experto ciego a los datos clínicos, valorando 14 espacios intercostales. En todos los casos se realizó una determinación de los niveles de KL-6 y revisión de la historia clínica y del TCAR.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes (10 con EPID-AR y 10 con AR sin EPID). Las Tablas 1 y 2 describen las características de ambos grupos.

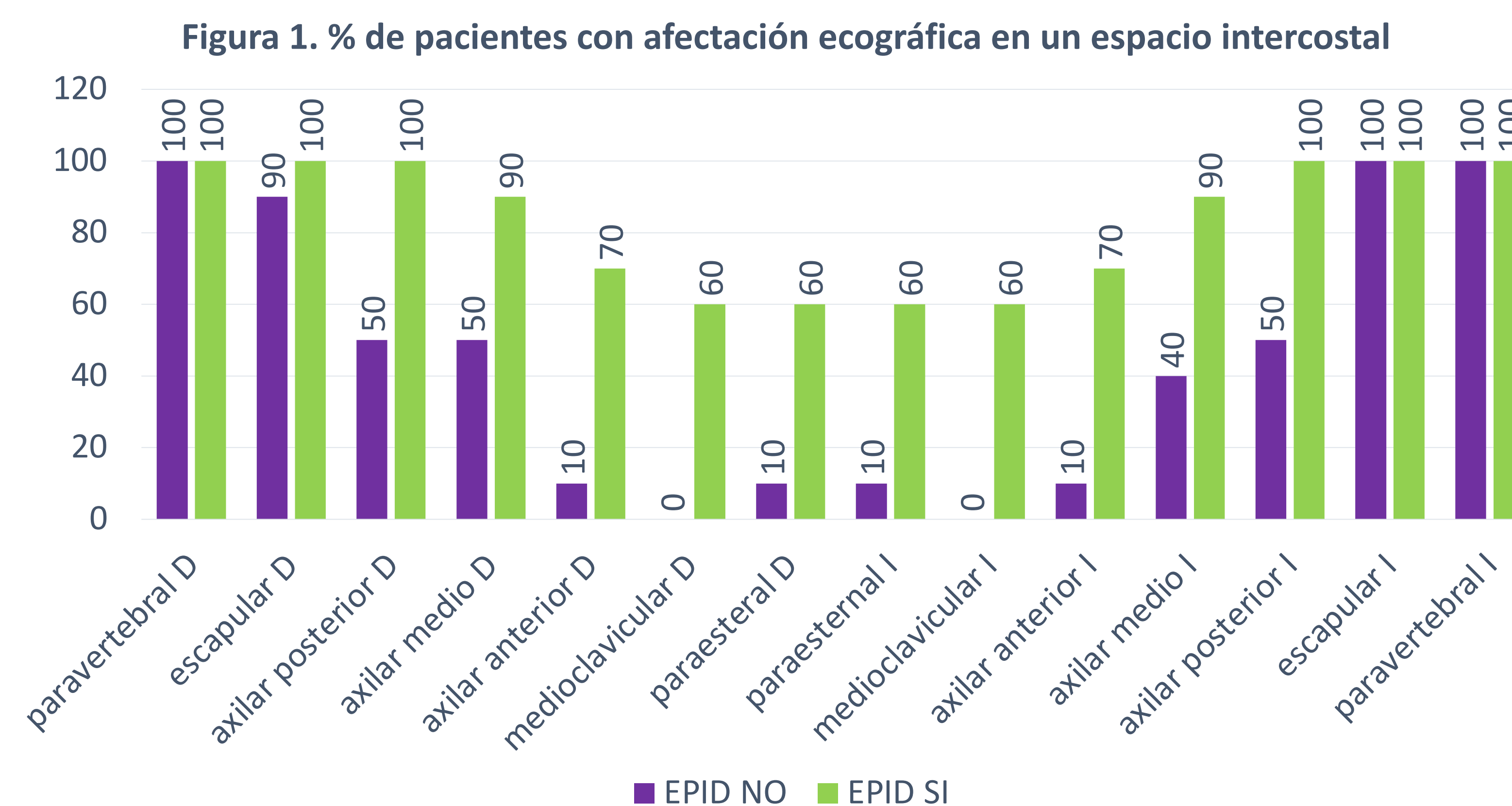
Debido al pequeño tamaño muestral, no fue posible medir la capacidad predictiva para la presencia de EPID de ninguna de las variables analizada de forma combinada, pero sí pudimos realizar varias observaciones.

En cuanto a los valores de KL-6, fueron más elevados en el grupo EPID-AR que en los pacientes sin EPID de forma significativa (IC95% 467.18-866.11, p=0.028).

En cuanto a la ecografía pulmonar, se observó que todos los pacientes que tenían > 10 líneas B por campo en algún cuadrante presentaban EPID, por lo que es altamente sugestivo de su presencia (p=0.003). También que la presencia de 5 a 10 líneas B por campo en algún cuadrante es altamente sugestivo de EPID (p=0.002). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la presencia de irregularidades pleurales (p=0.105), pero sí en cuanto a la presencia de engrosamientos pleurales (p=0.035), siendo más frecuentes en el grupo EPID-AR.

Tal y como se observa en la figura 1, en nuestra muestra la afectación de campos anteriores por ecografía (paraesternal, medioclavicular y axilar anterior) es más frecuente en los pacientes con EPID-AR, pudiendo ser más específico de su presencia y quizá limitar la realización de la misma a dichos cuadrantes.

Finalmente, se realizó una correlación entre la presencia de líneas B (5-10 y >10 líneas/campo) en algún cuadrante por ecografía torácica y la extensión de la EPID en el TCAR. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de 5-10 líneas B/campo con la extensión por TCAR de cualquier grado, así como entre la presencia de >10 líneas B/campo con la extensión por TCAR pero únicamente para las categorías moderada y extensa, de forma congruente (p=0.001).



Variable	EPID-AR (N=10)	AR sin EPID (N=10)	P-valor
Edad, mediana (Q1,Q3)	75 (62,79)	70 (58,77)	
Sexo masculino, n (%)	7 (35)	2 (10)	
Fumador activo o ex-fumador, n (%)	7 (35)	5 (25)	
Tiempo de evolución AR, n ± DS	14,40 ±6,99	21,10±7,41	P = 0,05
Tiempo evolución AR al diagnóstico EPID, n ± DS	10,20 ±8,3	-	
DAS28-VSG, n ± DS	3,59 ±1,33	3,03 ±1,11	
FR + (>10), n (%)	9 (45)	9 (45)	
ACPA + (>20), n (%)	8 (40)	9 (45)	
KL-6 (U/mL) ± DS	846,2 ± 468.3	487,1 ± 304,1	P = 0,028
FAMEs, n (%)	4 (20)	11 (55)	
FAMEb, n (%)	10 (50)	9 (45)	
Glucocorticoide actual, n (%)	7 (35)	5 (25)	

Ecografía pulmonar		n (%)
Número de líneas B/campo	<3	4 (20)
	3-5	13 (65)
	5-10	11 (55)
	>10	6 (30)
Irregularidades pleurales, n (%)		17 (85)
Engrosamiento pleural, n (%)		11 (55)
TCAR		n (%)
Patrón ePID	Neumonía intersticial usual	5 (50)
	Neumonía intersticial no específica	3 (30)
	Incipiente	2 (20)
Extensión por TCAR	Leve (<20%)	5 (50)
	Moderada (20-50%)	3 (30)
	Extensa (>50%)	2 (20)

Conclusiones

- En los pacientes con AR, la presencia en la ecografía de tórax de > 5 líneas B/campo es altamente sugestiva de EPID, siendo prácticamente definitiva cuando hay > 10 líneas B/campo y existiendo una correlación significativa entre la extensión por ecografía y por TCAR.
- La presencia de engrosamientos pleurales es más frecuente en los pacientes con EPID-AR que en los controles de forma significativa, no siendo así para la presencia de irregularidades pleurales.
- Podría ser que los campos anteriores fueran más específicos para la presencia de EPID-AR.
- Los valores de KL-6 fueron más elevados en los pacientes con EPID que en los controles.
- Es necesario ampliar la muestra para poder confirmar dichas afirmaciones.