

-16- NEUMONÍA ORGANIZADA COMO DEBUT DE ARTRITIS REUMATOIDE.

Autores: M. Rosales Dediós ; JL Fernández ; A. Sanchez S. ; V.Guevara ;J . Rauseo ;P. Alvarez.

Centro de trabajo: Servicio de Neumología Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Mujer de 40 años acude a urgencias por tos no productiva y síndrome general.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, hipotiroidismo , rinoconjuntivitis ,síndrome depresivo , anemia ferropénica .Niega hábitos tóxicos , profesión : comerciante. En tratamiento con eutirox , sulfato ferroso, venlafaxina y torasemida.

ANAMNESIS: Paciente refiere que desde hace 1 mes inicia con tos no productiva , auoescucha de sibilantes, malestar general y fiebre , es tratada ambulatoriamente con 2 pautas de antibióticos (levofloxacino y cefuroxima)sin mejoría ;por lo que acude a urgencias.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Spo2:94%, FR: 18, T°:36.8 .Hemodinamicamente estable afebril, eupneica en reposo, murmullo vesicular conservado, con crepitantes gruesos en 1/3 sup de hemitórax izq. Resto de exploración sin hallazgos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Hemograma y bioquímica: normal. Radiografía de tórax: condensación en LSI.

EVOLUCIÓN: durante su ingreso se inicia antibioticoterapia empírica con cefotaxima y claritromicina , además se realizan pruebas complementarias: cultivos, antigenuria para legionella y neumococo, serología de neumonías atípicas siendo los resultados negativos. Se realiza pruebas de función pulmonar con una espirometria compatible con patrón normal y difusión con descenso leve (DLCOc: 73 %) .Se programa para broncoscopia previa realización de TAC de tórax.En el TAC se concluye condensación en LSI compatible con neumonía lobar .Se observa imagen en vidrio deslustrado en LII en relación a consolidación en resolución .En BAL hay linfocitosis de 32% , índice CD4/CD8 normal , las muestras cultivadas y analizadas de la broncoscopia fueron negativas. Se realiza biopsia transbronquial con resultado compatible a neumonía organizada (NO) .Es dada de alta asumiendo que el origen de la NO estaba asociado a la venlafaxina , medicamento introducido un año antes por lo que se decide su retirada. Tras 6 meses de seguimiento y ante la persistencia de síntomas, hallazgo en TAC de control (consolidación en LS y LI derechos: **imagen N°1**) y disminución de DLCOc (66%) se inicia tratamiento con metilprednisolona. La paciente refiere franca mejoría , pero al tercer mes y con pauta descendente de corticoides inicia con poliartralgias simétrica de pequeña y medianas articulaciones asociado a rigidez matutina. Es derivada a reumatología para valoración siendo diagnosticada de reumatismo palindrómico con evolución a artritis reumatoide.

DISCUSIÓN:

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, inflamatoria y crónica que afecta principalmente las articulaciones. Dentro de las manifestaciones extrarticulares , la afectación pulmonar participa entre un 30-40% ; siendo la EPID la manifestación más común . Se dispone de estudios retrospectivos de los cuales cerca de la 1/3 parte de personas asintomáticas, desde el punto de vista respiratorio, con AR presentaban hallazgos

patológicos en el TAC de tórax. Dentro de las EPIP los patrones más comunes son la NIU y la NINE.

Ante un diagnóstico de NO deberíamos descartar probables causas subyacentes con un adecuada anamnesis, examen físico, listado de medicación, etc . En nuestra paciente se atribuyó en una primera impresión diagnóstica, una NO secundaria a drogas, aunque al retirarla no se observó ninguna mejoría .Según los criterios de Camus para las EPID inducidas por fármacos , esta paciente no cumpliría los criterios de temporalidad y mejoría post retirada de medicación .

La NO es más común en la AR que en otras conectivopatías, por lo que deberíamos tenerla presente. Si bien es cierto no hay muchos datos publicados, menos del 10% de pacientes con AR debutaron con una manifestación pulmonar que muchas veces con el tratamiento con corticoides puede enmascarse las manifestaciones articulares de la AR , he aquí el correcto seguimiento de la NO .

BIBLIOGRAFÍA

1. Yousem SA, Colby TV, and Carrington CB: Lung biopsy in rheumatoid arthritis. *Am Rev Respir Dis* 1985; 131: pp. 770-777
2. Shen W, Li H, Dai J, Miao L, Xiao Y, Cao M, et al. [Analysis for differences in clinical and radiologic findings between patients with cryptogenic organizing pneumonia and connective tissue disorder related organizing pneumonia]. *Chinese journal of tuberculosis and respiratory diseases*. 2015;38.
3. Kalinova D, Kolarov Z, Rashkov R. Organising pneumonia - the first manifestation of rheumatoid arthritis. *Reumatologia*. 2017;55(6):314-7
4. Clinical, Epidemiological, and Histopathological Features of Respiratory Involvement in Rheumatoid Arthritis. Alunno A, Gerli R, Giacomelli R , Carubbi F . *Biomed Res Int*. 2017
5. Up To Date

