



Nódulos pulmonares necrobióticos en ausencia de artritis reumatoide. Reporte de un caso

Eliseo Espinoza-Poblano,¹ Lidia Betancourt-Hernández,¹ Martín Canizales-Cobos,¹
Guillermo Careaga-Reyna,² Javier Esparza-Pantoja²

RESUMEN Una mujer de 36 años de edad inició 5 semanas antes de su ingreso con tos productiva, disnea, dolor pleurítico y diaforesis. Aunque en su evaluación inicial se pensó en un cuadro neumónico basal izquierdo, el infiltrado intersticial bilateral con macronódulos y micronódulos periféricos, predominantemente en las zonas apicales, motivó que se hiciera biopsia pulmonar, que demostró nódulos necrobióticos por artritis reumatoide. A 19 meses de seguimiento nunca se documentó sintomatología o actividad de artritis reumatoide, manteniendo marcadores serológicos negativos. Sin recibir tratamiento específico, tuvo mejoría progresiva de los síntomas y del patrón radiológico con desaparición de los nódulos pulmonares.

Palabras clave: Artritis reumatoide, nódulos necrobióticos, nódulos reumatoideos, pulmón reumatoide.

ABSTRACT A 36-years old woman started with productive cough, dyspnea, pleuritic pain and diaphoresis 5 weeks before first consultation. Although initially considered as a left basal pneumonic illness, the presence of bilateral interstitial infiltrates with peripheral macronodules and micronodules, mainly in the apexes, motivated an open pulmonary biopsy, which demonstrated necrobiotic nodules due to rheumatoid arthritis. After 19 months of following-up, she never had symptoms or activity of rheumatoid arthritis and the serologic markers were always negative. She had progressive improvement of symptoms and radiological pattern with fading of pulmonary nodules even without specific treatment.

Key words: Rheumatoid arthritis, necrobiotic nodules, rheumatoid nodules, rheumatoid lung.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 36 años de edad, quien inició su sintomatología 5 semanas previas a su ingreso, manifestando tos productiva disneizante, disnea de medianos a pequeños esfuerzos y producción de esputo escaso blanquecino. En su evaluación inicial se consideró la presencia de un cuadro neumónico basal izquierdo, por lo cual fue manejada con claritromicina oral por 5 días. El cuadro persistió, agregándose dolor torácico tipo pleurítico y diaforesis. Posteriormente, se inició la evaluación por nuestro servicio evidenciando cambios en la radiografía de tórax caracterizados por un infiltrado intersticial bilateral con macronódulos y micronódulos periféricos, predominantemente en las zonas apicales (*Figura 1*). Los hallazgos fueron corroborados por tomografía axial computarizada de tórax (TAC) (*Figura 2*).

El diagnóstico diferencial incluyó el cáncer metastásico y algún proceso granulomatoso crónico, entre otras patologías. Se decidió el abordaje mediante una biopsia pulmonar a cielo abierto por toracotomía. El diagnóstico histopatológico definitivo informó de la presencia de nódulos necrobióticos por artritis reumatoide (*Figuras 3 y 4*). La paciente no manifestó signos o síntomas con relación a artritis reumatoide. En el escrutinio diagnóstico, los estudios serológicos y radiológicos fueron negativos para artritis reumatoide.

Actualmente, en el seguimiento a 19 meses del diagnóstico, la paciente tendió a la remisión de la sintomatología con recuperación de su capacidad funcional. No se documentó sintomatología o actividad de artritis reumatoide, manteniendo marcadores serológicos negativos y con mejoría en el patrón radiológico con desaparición de los nódulos pulmonares. La paciente no recibió tratamiento alguno y continúa en vigilancia por nuestra consulta.

DISCUSIÓN

La artritis reumatoide es la más común de las enfermedades clásicas del tejido conectivo. El curso de la enfermedad es variable, ya sea en episodios agudos autolimitados

¹ Departamento de Neumología e Inhaloterapia y ² Departamento de Cirugía Cardiotorácica, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros:

Eliseo Espinoza-Poblano. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, CP 06926, México, DF, México.

o con tendencia crónica progresivamente deformante. La enfermedad afecta primordialmente a mujeres en proporción de 2:1 con respecto a los hombres. Frecuentemente se desarrolla afección extraarticular de la enfermedad.



Figura 1. Imagen de la radiografía simple de tórax demostrando el proceso intersticial macronodular y micronodular.

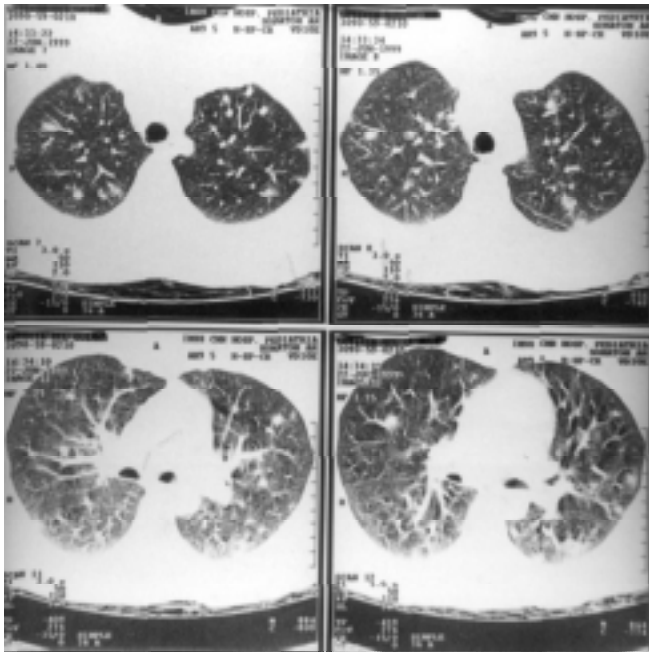


Figura 2. Imagen por tomografía computarizada definiendo el proceso intersticial macronodular y micronodular.

Dentro de las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide, la afección pleuropulmonar incluye: pleuresía, nódulos parenquimatosos, involucro intersticial y enfermedad en las vías aéreas. Además, la enfermedad pulmonar puede ser manifestación de toxicidad por el tratamiento para la artritis reumatoide. El identificar enfermedad sistémica es importante, dado que se ha informado de una alta mortalidad, sobre todo en mayores de 50 años que manifiestan afección extraarticular. Las manifestaciones pleuropulmonares más comunes son las afecciones pleural y pulmonar intersticial.

Los nódulos necrobióticos son un hallazgo común en artritis reumatoide. Los nódulos subcutáneos ocurren en un 20% de los pacientes con factor reumatoide positivo y raramente ocurren en los pacientes seronegativos. Los nódulos pueden remitir espontáneamente o como conse-

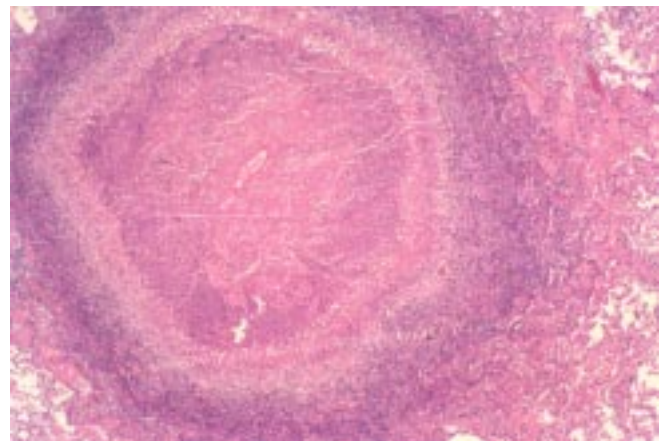


Figura 3. Nódulo necrobiótico en el intersticio pulmonar. Tinción hematoxilina-eosina (100x).

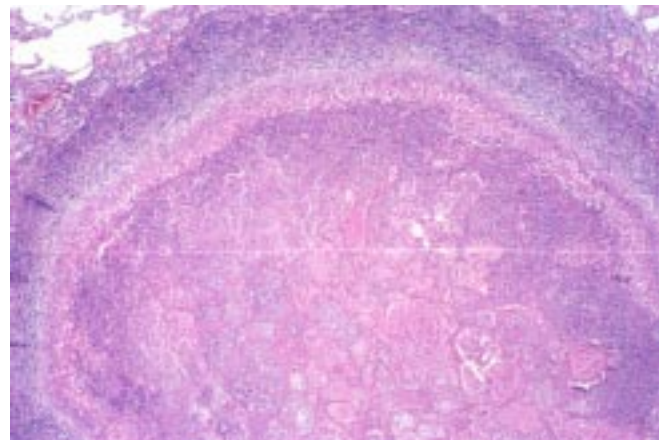


Figura 4. Acercamiento evidenciando el infiltrado linfocitario en empalizada y la necrosis central (250x).



Figura 5. Aspecto radiológico 4 meses después del evento agudo.

cuencia de la implementación del tratamiento para la enfermedad articular sistémica. Desde el punto de vista anatómopatológico, los nódulos reumatoides son compuestos de una área central de necrosis fibrinoide, rodeada de una “empalizada” de células mononucleares con una zona externa consistente de células inflamatorias crónicas y tejido de granulación.

Los nódulos reumatoides pulmonares son patológicamente idénticos a los encontrados en el tejido subcutáneo y son comunes en pacientes con nódulos extrapulmonares. Los nódulos reumatoides pueden ser únicos o múltiples, presentarse en el parénquima o en la superficie pleural. El tamaño varía de unos milímetros hasta 7 cm de diámetro. Los nódulos pueden variar en medida dependiendo de la actividad de la enfermedad sistémica.

La prevalencia de esas lesiones varía en relación a si son documentados por radiografía de tórax, TAC de tórax o por patología en la autopsia o biopsia pulmonar. En la evaluación por radiografía de tórax se identifican lesiones en el 1% de los casos de artritis reumatoide. Por TAC la evaluación detecta nódulos en un 22% de los casos. La

enfermedad nodular se ha visto más frecuentemente en localización subpleural o periférica o asociada a los tabiques interlobares.

En general, los nódulos son asintomáticos. La proximidad a la pleura determina las complicaciones descritas de derrame pleural, neumotórax, pnoneumotórax y fístula broncopleurales.

La cavitación de los nódulos puede resultar en infección y hemoptisis. El curso usual de los nódulos pulmonares reumatoides es benigno y son asociados frecuentemente con un pronóstico más favorable. Los nódulos en el pulmón y en el tejido subcutáneo pueden anteceder, ser concurrentes o aparecer posterior a la manifestación clínica de la artritis reumatoide. Así mismo, la presencia de artritis reumatoide no elimina la posibilidad de que una densidad pulmonar parenquimatosa pueda ser secundaria a otra patología como malignidad, infección y otras enfermedades inflamatorias. Por tal motivo, el protocolo de diagnóstico se debe desarrollar en forma similar que en otros pacientes sin artritis reumatoide.

Aunque rara, la artritis reumatoide debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares de origen desconocido. En la literatura se mencionan periodos variables de “ventana” entre la aparición de la afección pulmonar y la manifestación clínica de la artritis reumatoide. En nuestro caso el periodo es ya de 19 meses, sin evidencia clínica o serológica de artritis reumatoide, demostrando un comportamiento infrecuente.

REFERENCIAS

1. Anaya JM, Diethelm L, Ortiz LA, Gutiérrez M, Citera G, Welsh RA, Espinoza LR. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1995; 24: 242-254.
2. Hakala M, Paakko P, Huhti E, Tarkka M, Sutinen S. Open lung biopsy of patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 1990; 9: 452-460.
3. Nusslein HG, Rodl W, Giedel J, Missmahl M, Kalden JR. Multiple peripheral pulmonary nodules preceding rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 1987; 7: 89-91.
4. Hull S, Mathews JA. Pulmonary necrobiotic nodules as a presenting feature of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1982; 41: 21-24.
5. Tanoue LT. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. *Clin Chest Med* 1998; 19: 667-685.