

Informe de caso

Nódulo pulmonar cavitado en artritis reumatoide: reporte de un caso



Lina Paola León-Sierra^{a,*}, Luis Javier Cajas-Santana^b y Fabio Andrés Torres-Saavedra^a

^a Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Medicina Interna, Programa de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de marzo de 2017

Aceptado el 21 de julio de 2017

On-line el 11 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Nódulo reumatoide

Tuberculosis

Hemoptisis

Neoplasia

R E S U M E N

Los nódulos reumatoides pulmonares son una manifestación extra-articular infrecuente de la artritis reumatoide (AR). Su estudio es importante porque su presentación clínica e imagenológica puede confundirse con tuberculosis, infecciones fúngicas y neoplasias pulmonares. Producen pocos síntomas y pueden conducir a complicaciones fatales como neumotórax, fístula broncopleurales y sobreinfección con formación de abscesos. La confirmación diagnóstica fundamental descansa en el estudio histopatológico, dado que es un diagnóstico de exclusión. El tratamiento precisa seguimiento clínico ya que no hay una terapia dirigida utilizándose en casos severos rituximab y tocilizumab. En general, su aparición tiende a empeorar el pronóstico de los pacientes con AR.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

Cavitating pulmonary nodule in rheumatoid arthritis: A case report

A B S T R A C T

Pulmonary rheumatoid nodules are an uncommon extra-articular manifestation of rheumatoid arthritis (RA). Its study is important because the clinical and imaging presentation could be confused with tuberculosis, fungal infections, and/or lung neoplasms. Pulmonary nodules produce few symptoms and can lead to fatal complications such as pneumothorax, bronchopleural fistula, and a superinfection with abscess formation. The fundamental diagnostic confirmation is the histopathological study because it is an exclusion diagnosis. The treatment needs clinical follow-up as there is no targeted therapy, with Rituximab and Tocilizumab being used in severe cases. In general, their appearance tends to lead to a poorer prognosis of patients with RA.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Rheumatoid nodule

Tuberculosis

Haemoptysis

Neoplasms

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: linapaola.leon@gmail.com, fabio.torressav@gmail.com (L.P. León-Sierra).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.07.003>

0121-8123/© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Las manifestaciones pulmonares de la artritis reumatoide (AR) son infrecuentes e incluyen: compromiso de la vía aérea pequeña, pleural, nódulos reumatoides pulmonares, lesiones inducidas por fármacos, enfermedad intersticial pulmonar y tumores.

Los nódulos reumatoides pulmonares son oligosintomáticos, aunque pueden cursar con síntomas respiratorios altos y hemoptisis. Sus características radiológicas, marcadores séricos y la histopatología, permiten diferenciarlos de diagnósticos como infecciones, neoplasias o toxicidad por medicamentos.

Se presenta el caso de una mujer con diagnóstico de AR del Hospital Universitario Nacional de Bogotá, Colombia, en quien se documentan nódulos pulmonares cavitados.

Descripción del caso

Mujer de 65 años con 6 días de tos, expectoración hemoptoica y dolor pleurítico izquierdo, sin fiebre ni disnea. Antecedente de AR, hace 15 años en tratamiento con metotrexate (MTX)-leflunomida y extabaquista pesada.

Ingresa con dolor torácico izquierdo y taquicardia. A la auscultación con disminución de ruidos respiratorios en

hemitórax izquierdo y estertores finos; desviación cubital bilateral, articulaciones inflamadas: 9, dolorosas: 2, valoración de la actividad por CDAI: 14. Analítica sanguínea con hemograma y función renal normal, PCR: 24,8 mg/dl, VSG: 48 mm/h y factor reumatoide: 40,7 UI/ml (0-14 UI/ml).

Se inició tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam más claritromicina. Por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se realizó angiotomografía, observándose múltiples nódulos con densidad de tejido blando, mal definidos, tamaño 16-30 mm, subpleurales y cavitados; masa cavitada en segmento apicoposterior de lóbulo superior izquierdo de 37 mm de diámetro, con compromiso intersticial basal bilateral (fig. 1), negativo para TEP.

Se plantearon los diferenciales: embolia séptica, tuberculosis, infección fúngica, pulmón reumatoide y toxicidad por MTX-leflunomida.

Considerando el riesgo de empeorar el compromiso pulmonar por MTX y leflunomida se inició tratamiento con cloroquina 250 mg/día, sulfasalazina y se suspendió el antibiótico; fibrobroncoscopia más lavado broncoalveolar mostró el 60% de polimorfonucleares sin malignidad. La biopsia transbronquial evidenció abundante componente inflamatorio de polimorfonucleares sin malignidad ni granulomas. PCR para tuberculosis negativa. La paciente presentó mejoría, disminución del dolor e inflamación articular. Se dio egreso a los 7 días.

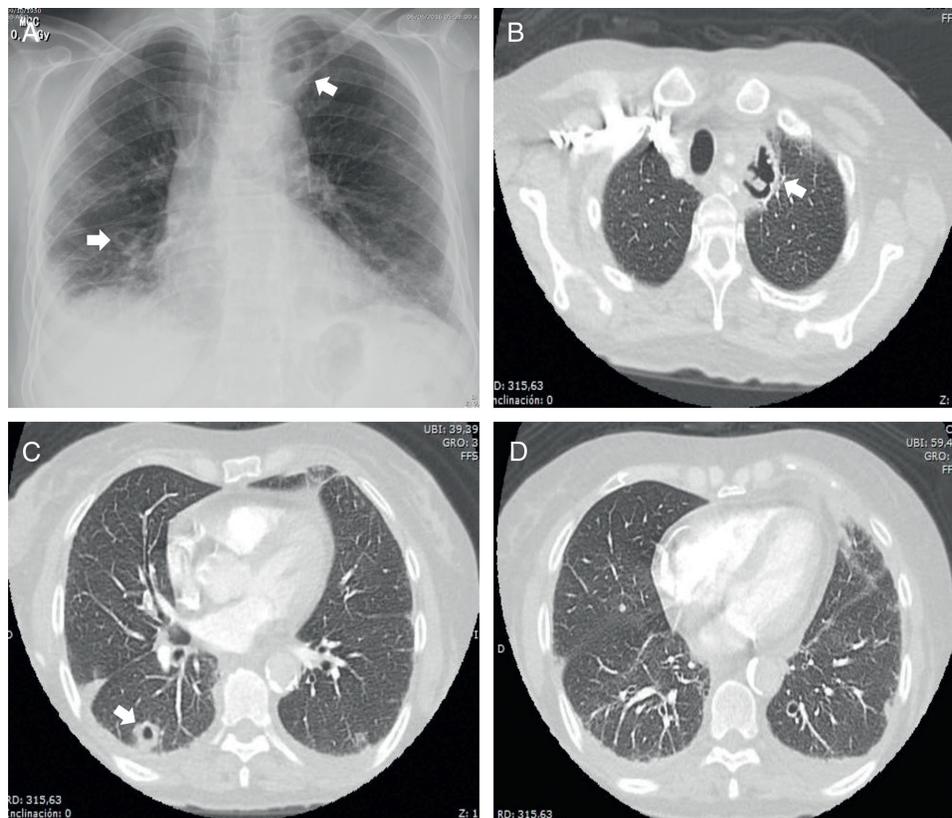


Figura 1 – Nódulos pulmonares y compromiso pulmonar intersticial. A) Radiografía PA de tórax con cavitaciones en lóbulo superior izquierdo y lóbulo inferior derecho. B) Masa cavitada en lóbulo superior izquierdo. C) Nódulo cavitado en lóbulo inferior derecho. D) Derrame pleural izquierdo de aspecto libre.

Discusión

Los nódulos reumatoides pulmonares son una manifestación extra-articular infrecuente de la AR. Predominan en varones con relación 7:1 y aparecen tardíamente en el curso de la enfermedad¹.

Los factores de riesgo son: sexo masculino, edad, tabaquismo, HLA-DRB1, artritis erosiva severa, nódulos subcutáneos y altos títulos de factor reumatoide. Su prevalencia varía según el estudio: por radiografía de tórax 1%, por TACAR 20-22% y por biopsia 32%².

Son oligosintomáticos, aunque pueden cursar con tos y hemoptisis. El periodo de latencia oscila entre 6 meses a 11 años. Imagenológicamente son bilaterales, periféricos y subpleurales, miden hasta 7 cm y cavitan en el 30%. Pueden calcificarse y asociarse con neumoconiosis, condición denominada síndrome de Caplan².

Los diferenciales incluyen:

- Tuberculosis pulmonar e infecciones por *Aspergillus/Criptococcus*: Se presentan con fiebre, síntomas constitucionales y curso clínico de recaída-remisión.
- Émbolos sépticos.
- Neoplasia pulmonar primaria/metástasis: Nódulos cavitados, con bordes irregulares y tamaño > 1 cm.
- Nodulosis pulmonar acelerada por metotrexate (asociada al alelo HLA-DRB1*0401) y nódulos inducidos por leflunomida, azatioprina y etanercept³⁻⁵.

El diagnóstico descansa en la clínica, radiología, marcadores séricos, biopsia que descarte neoplasia o infección y ausencia de relación temporal con el uso de medicamentos asociados a nodulosis (DMARD y anti-TNF)⁶.

Histopatológicamente, muestran necrosis central rodeada por linfocitos, plasmocitos, polimorfonucleares y tejido de granulación perivascular. Son granulomas mediados por linfocitos T helper-1. En nuestro caso se encontró un extenso componente de polimorfonucleares a diferencia de la descripción histológica clásica.

Las complicaciones son hemoptisis, fístula broncopleural, neumotórax y abscesos².

No hay tratamiento específico y la mayoría remiten espontáneamente, sin relación con la evolución de la artritis⁶. En casos sintomáticos que requieren tratamiento rituximab⁷ y tocilizumab⁸, han mostrado utilidad.

El pronóstico es peor en los pacientes con AR y nódulos reumatoides pulmonares.

Conclusión

Los nódulos reumatoides pulmonares son infrecuentes y tienen un mal pronóstico debido a que se asocian a compromiso articular grave y mayor mortalidad.

Sus complicaciones más serias son hemoptisis, fístula broncopleural y neumotórax. Debe plantearse en el diagnóstico diferencial de nódulos por tuberculosis pulmonar y neoplasias; es por esto que su diagnóstico se basa en la clínica y el estudio histopatológico, después de excluirse otras causas potencialmente graves. En la gran mayoría de los casos no requieren tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hull S, Mathews JA. Pulmonary necrobiotic nodules as a presenting feature of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1982;41:21-4.
2. Chansakula T, Dellaripab PF, Doylec TJ, Madan R. Intra-thoracic rheumatoid arthritis: Imaging spectrum of typical findings and treatment related complications. *Eur J Radiol*. 2015;84:1981-91.
3. Akiyama N, Toyoshima M, Kono M, Nakamura Y, Funai K, Suda T. Methotrexate-induced Accelerated Pulmonary Nodulosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192:252-3.
4. Yoshikawa GT, Dias GA, Fujihara S, Silva LF, Cruz L, de B, et al. Formation of multiple pulmonary nodules during treatment with leflunomide. *J Bras Pneumol*. 2015;41:281-4.
5. Kellet CV, Navarrete RA, Bombardieri SG, Manriquez J. Azathioprine-induced accelerated cutaneous and pulmonary nodulosis in a patient with rheumatoid arthritis. *An Bras Dermatol*. 2015;90 Suppl 1:162-4.
6. Sagdeo P, Gattimallanahali Y, Kakade G, Canchi B. Rheumatoid lung nodule. *BMJ Case Rep*. 2015;2015, pii: bcr2015213083.
7. Braun MG, Wagener P. Regression of peripheral and pulmonary rheumatoid nodules under therapy with rituximab. *Z Rheumatol*. 2013;72:166-71.
8. Andrés M, Vela P, Romera C. Marked improvement of lung rheumatoid nodules after treatment with tocilizumab. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51:1132-4.