

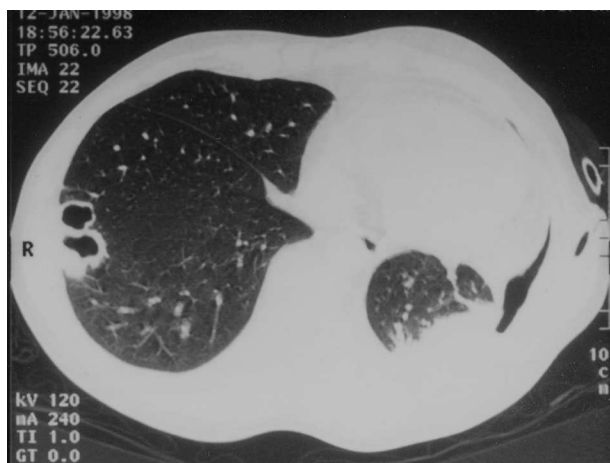


Neumotórax recidivante por artritis reumatoide

Sr. Director: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica que se focaliza en las articulaciones sinoviales. Sus manifestaciones pulmonares son frecuentes y variadas, las más comunes son las alteraciones pleurales y la enfermedad intersticial. La afección pulmonar se asocia típicamente con el sexo masculino, la presencia de factor reumatoide positivo y otras manifestaciones extraarticulares. Estas manifestaciones se descubren habitualmente de manera incidental o bien se presentan de modo subclínico. La aparición de un cuadro neumológico en el contexto de una AR que precise una actuación urgente es muy infrecuente¹. Presentamos el caso de un paciente con AR avanzada que presentó un neumotórax espontáneo que precisó finalmente pleurodesis quirúrgica.

Varón de 40 años, con antecedentes de AR seropositiva en clase funcional II y estructural III, en tratamiento con indometacina y corticoides, con clínica de poliartritis simétrica y aditiva de manos y pies. Acudió a urgencias por empeoramiento de un cuadro de dolor crónico en la rodilla izquierda. En la exploración física se apreció una marcada hipofonía izquierda con timpanismo a la percusión. La radiografía de tórax mostró un neumotórax izquierdo con un importante colapso pulmonar que motivó la inserción de una sonda torácica. Al dirigir el interrogatorio, el paciente refirió haber presentado, un mes antes, un episodio de dolor torácico brusco acompañado de disnea pasajera. El paciente fue ingresado para valoración y control. Durante el ingreso presentó una pérdida aérea persistente. Radiológicamente se constató la falta de reexpansión del lóbulo pulmonar inferior, así como un engrosamiento pleural con imagen de pequeño derrame pleural. Se decidió practicar una tomografía computarizada torácica que evidenció un neumotórax izquierdo más imágenes redondas cavitadas subpleurales bilaterales (fig. 1). Dadas la persistencia de la fuga aérea y la falta de mejora radiológica, se decidió llevar a cabo una pleurodesis quirúrgica por videotoracoscopia. Se observó un pulmón izquierdo con importante paquipleuritis, y fue preciso convertir a toracotomía posterolateral izquierda y realizar la descorticación del pulmón. En el lóbulo inferior se observó una zona hepatizada con tejido de aspecto necrótico que se resecó en cuña. El estudio patológico de la pieza demostró extensos focos de necrobiosis que afectaban el parénquima pulmonar y la pleura, todo ello compatible con AR. Los estudios microbiológicos de la pleura y del pulmón fueron negativos para bacilo de Koch y micobacterias. La evolución postoperatoria fue favorable y sin incidencias, y se trasladó al paciente al servicio de reumatología para control de su enfermedad de base. Meses

Fig. 1. Tomografía computarizada torácica que muestra la presencia de un neumotórax izquierdo y múltiples nódulos cavitados subpleurales.



después reingresó por neumotórax derecho provocado por otro nódulo reumatoide perforado a la pleura que también requirió tratamiento quirúrgico.

La AR es una enfermedad multisistémica. En la región pulmonar podemos hallar diversas complicaciones, entre las que destacan la afectación pleural, las infecciones pulmonares, neumonitis, fibrosis pulmonar intersticial, carcinoma broncogénico, arteritis con hipertensión pulmonar, bronquiolitis obliterante, bronquiectasias y amiloidosis². Una complicación añadida cuando existen nódulos reumatoides es la presencia de neumotórax espontáneos, que pueden ser recidivantes por la existencia de una comunicación pleuropulmonar debida a la necrosis del nódulo reumatoide³. Radiológicamente las opacidades nodulares ocurren más frecuentemente cuando el paciente es fumador y tiene nódulos subcutáneos con predominio en las bases⁴.

La mayor parte de estos pacientes suelen ser corticodependientes y el tratamiento del neumotórax resulta muy complicado. En el caso presentado llama la atención que el episodio agudo de producción del neumotórax izquierdo pasara inadvertido para el paciente, de modo que el diagnóstico se estableció de manera casual por otra enfermedad. También es de reseñar el neumotórax contralateral, esta vez con clínica evidente, que requirió nuevo tratamiento quirúrgico. En estos casos, el drenaje simple suele ser insuficiente por la persistencia de la fistula ocasionada por el nódulo reumatoide. En el caso aquí presentado se barajó la posibilidad, en un primer momento, de un neumotórax por metástasis séptica por estafilococo. Las imágenes radiológicas podían apoyar esta orientación diagnóstica. Sin embargo, el estudio del líquido pleural siempre resultó aséptico. Se han descrito casos de pacientes con problemas similares en que tanto la clínica como las imágenes radiológicas

obligaron a hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades, como el carcinoma broncogénico o la tuberculosis⁵. Así, es necesario el diagnóstico histológico para asegurar que las imágenes corresponden a nódulos reumatoides⁶. En conclusión, el tratamiento del neumotórax en estos pacientes es muy complejo. La pleurodesis quirúrgica suele ser el tratamiento final; sin embargo, el riesgo de fracaso y de recidiva es mayor.

**J.J. Fibla Alfara,
G. Gómez Sebastián
y C. León González**

Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España.

1. Saravana S, Gillott T, Abourawi F, Peters M, Campbell A, Griffith S. Spontaneous pneumothorax: an unusual presentation of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42:1415-6.
2. Adelman HM, Dupont EL, Flannery MT, Wallach PM. Case report: recurrent pneumothorax in a patient with rheumatoid arthritis. *Am J Med Sci* 1994;308:171-2.
3. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. *N Engl J Med* 2000;342:868-74.
4. Yousem SA, Colby TV, Carrington CB. Lung biopsy in rheumatoid arthritis. *Am Rev Respir Dis* 1985;131:770-7.
5. Jolles H, Moseley PL, Peterson MW. Nodular pulmonary opacities in patients with rheumatoid arthritis. A diagnostic dilemma. *Chest* 1989;96:1022-5.
6. Yue CC, Park CH, Kushner I. Apical fibrocavitary lesions of the lung in rheumatoid arthritis. Report of two cases and review of the literature. *Am J Med* 1986;81:741-6.