

Nuestra experiencia sobre las colagenosis pulmonares

Doctores M. Cabal, Cavanilles, González, Jalón Sales, A. Cabal, Palicio Caso y Menéndez

Aunque hace ya una treintena de años que Klemperer, Pollack y Baer tuvieron la gran intuición de agrupar con sentido patogénico una serie de procesos con manifestaciones clínicas dispares, es evidente que el número de veces que pensamos o hacemos el diagnóstico de una colagenosis pulmonar es sumamente infrecuente, al menos en nuestro ambiente.

Las afecciones principales incluidas en el grupo de las colagenosis son la artritis reumatoide, el lupus eritematoso diseminado, la esclerodermia, la dermatomiositis y la periarteritis nudosa o enfermedad de Kussmaul-Maier. En el Congreso de Méjico de 1964 se tomó el acuerdo de excluir de las colagenosis la enfermedad de Hamann-Rich, la sarcoidosis, el síndrome de Fanconi y el síndrome de Goujerot-Sjogren.

Generalmente la colagenosis pulmonar pasa inadvertida y al enfermo se le etiqueta como tuberculosis pulmonar o pleural, aunque en el transcurso de su proceso nunca se haya podido demostrar la relación etiológica con el bacilo de la tuberculosis. Pero aún es posible que buscando sistemáticamente como nosotros lo hicimos en nuestro sanatorio, no podamos correlacionar los hallazgos pleuro-pulmonares como una colagenosis, y, ello motivado a que la afectación pleural o pulmonar puede anticiparse en meses o en años a la manifestación dermatológica, neurológica o renal. Y esto ocurre en todas las colagenosis, si

exceptuamos el granuloma de Wegener, afección de evolución mortal en la cual se consumen las etapas tan rápidamente que no da tiempo a compararla con una u otra etapa de los síndromes extrapulmonares.

En esta comunicación presentamos el resultado de una revisión total de la población del Sanatorio "Monte Naranco", de Oviedo, estudiando las colagenosis bajo tres aspectos distintos. En primer lugar se hizo una búsqueda de toda manifestación clínica neurológica, dérmica o renal en aquellos enfermos que reiteradamente fueron baciloscopia negativos o presentaban lesiones pleuro-pulmonares incluíbles en los esquemas radiológicos de las colagenosis.

En segundo término, y al disponer de bastantes enfermos clasificados como silicosis de segundo grado y silicotuberculosis, hemos tratado de estudiar la posibilidad de que tras la silicosis se puedan presentar colagenosis difusas, principalmente esclerodermia.

Esta posibilidad de relación ya ha sido señalada por Kalb y Froment en 1961, si bien quedaba sin aclarar su etiopatogenia. Ahora bien, lo esencial es conocer la posibilidad de esta asociación patológica y en cierto modo la multiplicidad de factores susceptibles de desencadenar una enfermedad de sistema en un terreno preparado o tal vez dispuesto genéticamente.

Fue Zingale y col. los primeros que describieron la aparición de un lupus eritema-

toso sistémico, en un enfermo tratado durante quince meses con Isoniazida a razón de 250 miligramos al día, por padecer una linfadenopatía tuberculosa inguinal. Posteriores estudios de Brun y Boye les conduce a la conclusión de que la hidrazida, con ocasión de presentar fenómenos de sensibilización, es capaz de provocar colagenosis del tipo del lupus eritematoso. Señalan estos autores que en ningún caso han podido demostrar la presencia de anticuerpos antinucleares en enfermos que no hayan tenido manifestaciones patológicas con motivo de la administración de la droga.

Simpson y Walker, en 1960, han estudiado las manifestaciones de hipersensibilidad al PAS. En un grupo de 48 enfermos, meticulosamente estudiados, nunca encontraron células de Hargraves, no obstante presentar manifestaciones cutáneas múltiples. También se han descrito cuadros de esclerodermia localizada en las manos, con fenómenos de Reynaud y dolores intensos de miembros superiores, en enfermos sometidos cuatro meses a perfusiones diarias de PAS en dosis de 15 gramos diarios.

Es posible que en enfermos sensibles a la isoniazida y PAS, que han sido objeto de tratamientos múltiples, y combinados, la interacción medicamentosa pueda influir en el desencadenamiento de la colagenosis. Recordemos a este respecto que ya Selye ha logrado reproducir en el animal síndromes parecidos a la esclerodermia y a la periartitis nudosa, después de inyectar dihidrotaquisterol (vitamina D), y que ya anteriormente Klinge producía en el conejo afecciones comparables a las colagenosis humanas, por inyecciones sensibilizantes repetidas de suero de caballo.

Nuestra comunicación recoge los resultados de una revisión de toda la población enferma del Sanatorio "Monte Naranco", de Oviedo, durante el trimestre febrero-abril, con una población de 400 personas de ambos sexos. Ha sido una revisión clínica lo más completa posible, seguida del estudio del material radiográfico existente, a veces de muchos años en un mismo enfermo, y de las pruebas de laboratorio más importantes en los enfermos sospechosos de colagenosis.

Uno de nuestros objetivos de estudio

fue buscar la posible relación entre colagenosis y la administración de isoniazida y PAS. Se descartaron de este estudio los enfermos con menos de un año de tratamiento, en los cuales, por su historia clínica, no habían presentado fenómenos de hipersensibilidad en su iniciación.

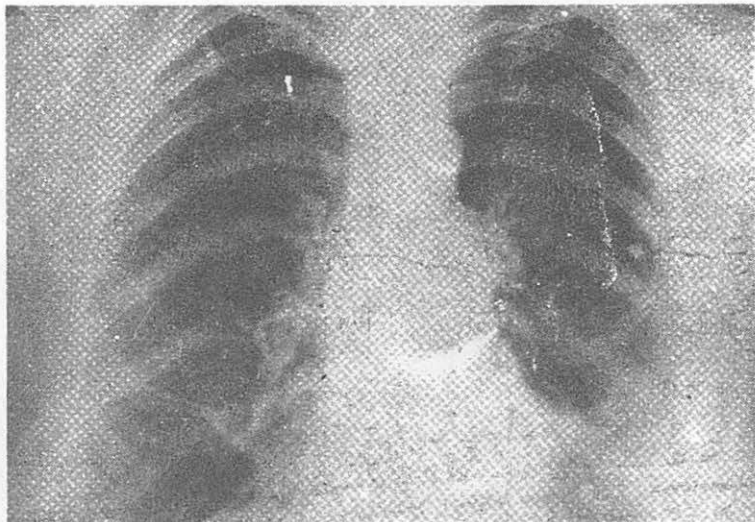
Sin embargo, llama la atención el número, a nuestro juicio elevado, de enfermos con trastornos vasculares del tipo Reynaud y también retracciones de palmar semejantes a la enfermedad de Dupuytren.

Del interrogatorio de estos enfermos no podemos obtener conclusiones definitivas, ya que el Reynaud y la enfermedad de Dupuytren ya existían antes del tratamiento, si bien su agudización clínica se acentuó con el mismo.

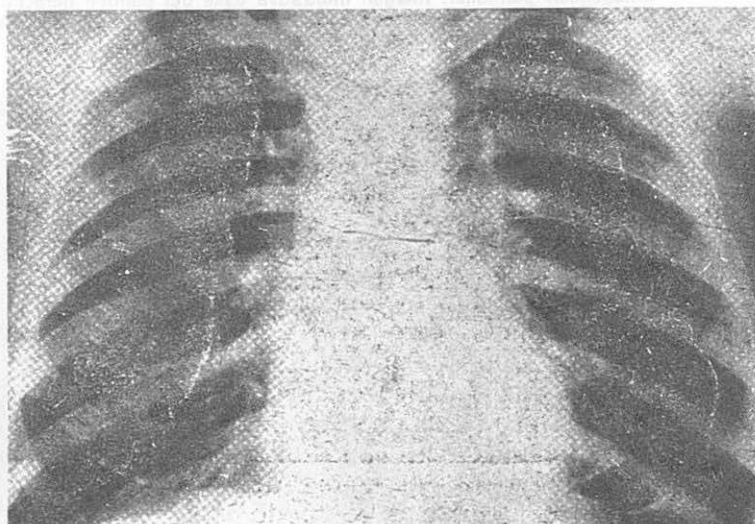
Nosotros no queremos ni pretendemos correlacionar estos hallazgos con las enfermedades del colágeno, pero, y esto lo afirma Jiménez Díaz, una urticaria crónica de repetición, un asma persistente y una artritis reumatoide pueden evolucionar ulteriormente a una periartitis nudosa, un lupus eritematoso o una esclerodermia. Lo importante es saber si se trata de una transformación o si la enfermedad inicial sobre la que la colágena se inscribe era ya una auténtica colagenosis de síntomas menores y cuadro más simple.

En los enfermos con silicosis acentuada y silicotuberculosis, cuyo número actual en el Sanatorio es de 47, tampoco encontramos ningún cuadro clínico típico de colagenosis. En diez enfermos con silicotuberculosis, refieren molestias de tipo artrálgico, de variada localización e intensidad, incluíbles en las poliartitis crónicas, pero cuyo comienzo es anterior a su calificación como silicóticos. Estos hallazgos aislados no creemos tengan mucho significado, por ser frecuente en la historia laboral del minero la existencia de dolores, en parte atribuibles al modo en que con frecuencia han de realizar su trabajo. Por otra parte, debemos señalar o recordar el síndrome que Kaplan y col. presentaron en el Simposio de Cardiff de 1953 sobre neumoconiosis, en el cual es frecuente la asociación de silicosis y poliartitis. La característica esencial del síndrome de Kaplan es la asociación de

Colagenosis pulmonar. Se aprecian pleuritis bilateral con deformidad de silueta cardiaca y aumento del arco de la pulmonar. Complejo primario calcificado izquierdo. Fibrosis lineal y enfisema parcelario superior izquierdo. L. E. positivo.

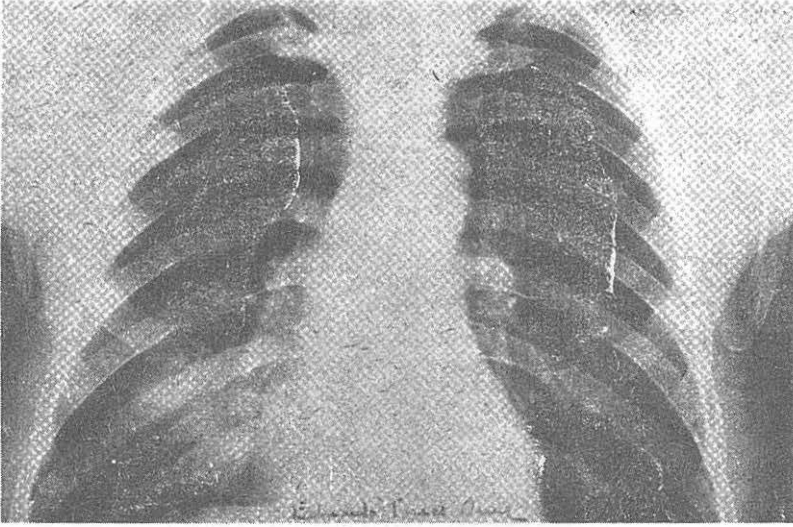


Colagenosis pulmonar. Intensa fibrosis lineal bilateral y cisuritis media derecha y síndrome intenso de bloqueo alveolo-capilar. Síndrome de Reynaud.

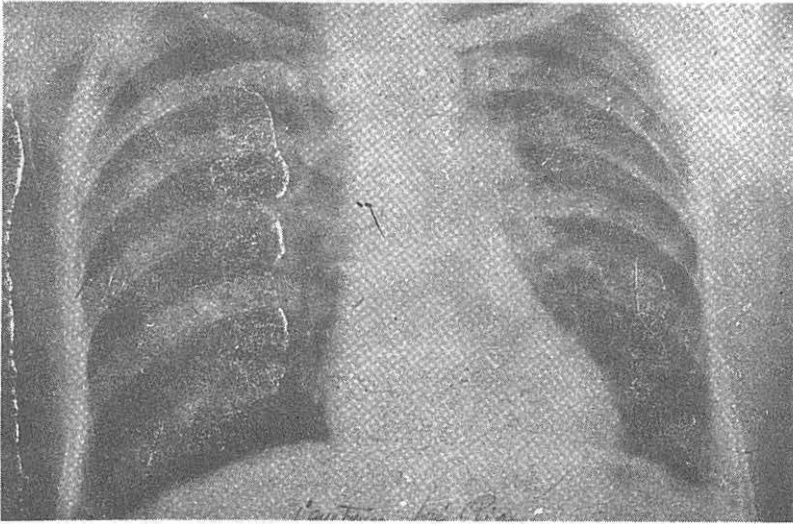


silicosis con poliartritis y la evolución de las lesiones en forma de brotes, mostrándose las lesiones en cada brote de una forma similar en cuanto a tamaño y ritmo de desarrollo. En este grupo de enfermos silicotuberculosos encontramos cuatro casos de síndrome de Reynaud de presentación paroxística, alterando la isquemia, la cianosis y los dolores. Por último presentamos cuatro enfermos de colagenosis pulmonares, encontrados entre el grupo de enfermos con baciloscopia reiteradamente negativa.

Uno de ellos (figura superior) corresponde a un enfermo con lupus eritematoso sistémico con L. E. positivo. La segunda radiografía corresponde a un enfermo con intensa fibrosis bilateral, cisuritis media derecha y síndromes de Reinloaud y clínico de bloqueo alveolo capilar. La radiografía tercera presenta una imagen de tipo infiltrativo-atelectásico y corresponde también a un enfermo con síndrome de Reynaud y respuesta favorable a los esteroides corticales. El último corresponde a un enfermo con esclerodermia y el pulmón aparece surcado



Colagenosis pulmonar. Imagen infiltrativa base del pulmón derecho con respuesta favorable a la medicación esteroide y resistencia a toda medicación antibiótica y quimioterápica. Síndrome de Reynaud.



Colagenosis pulmonar. Esclerodermia. Imagen radiográfica de fibrosis muy acentuada bilateral, con oclusión de senos costales, más intenso el izquierdo. Imágenes pseudoquísticas de predominio superior izquierdo. Baciloscopia reiteradamente negativa.

de tractus y láminas fibrosas en ambos pulmones aunque en el pulmón izquierdo, al lado de la esclerosis difusa, se aprecian imágenes anulares de tipo quístico. Todos estos enfermos tienen una expresión clínica

muy acusada, con intensa disnea al mínimo esfuerzo, ya que los capilares pulmonares, desplazados de los sacos alveolares, interfieren la difusión del O_2 a través de la membrana alveolo-capilar.