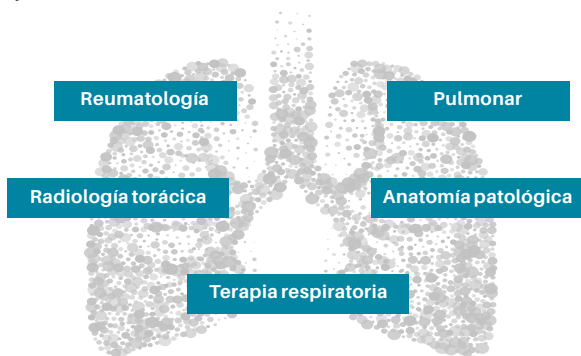


*Imágenes de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) cortesía del Dr. Gregory P. Cosgrove

Un debate multidisciplinario (multidisciplinary discussion, MDD) para los pacientes con sospecha de CTD-ILD (enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedad del tejido conjuntivo) tiene muchas ventajas y es crucial para el proceso diagnóstico. El MDD puede aumentar la confianza diagnóstica mediante la refinación de un diagnóstico provisional, mejorar el consenso interobservador sobre el diagnóstico y aumentar la precisión diagnóstica. Es importante que los pacientes con CTD con evidencia de enfermedad respiratoria sean remitidos a un neumólogo. Además de las áreas de reumatología y pulmonar, otras áreas de especialidad que suelen implicarse en el MDD para CTD-ILD son las de radiología torácica y la de anatomía patológica. Los pacientes se benefician de la mejora de la coordinación asistencial cuando se utiliza el MDD.



Mitto S, Fell CD. Semin Respir Crit Care Med 2014;35:249.

APOYO DE PULMONARY FIBROSIS FOUNDATION (FUNDACIÓN DE FIBROSIS PULMONAR) PARA USTED

La Pulmonary Fibrosis Foundation moviliza a personas y recursos para proporcionar acceso a una atención de alta calidad y dirige investigaciones para hallar una cura para que las personas con fibrosis pulmonar puedan vivir por más tiempo y de forma más saludable.

Para obtener más información sobre cómo la Pulmonary Fibrosis Foundation (PFF) puede apoyarlo, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Paciente de la PFF llamando al **844.TalkPFF** (844.825.5733) o escriba a **pcc@pulmonaryfibrosis.org**, o visite la PFF en línea en **pulmonaryfibrosis.org**.

Agradecimientos a la

Dra. Elizabeth Volkmann, MS
Centro médico de University of California, Los Angeles
Los Angeles, California



PATROCINADO POR:



© 2020 PULMONARY FIBROSIS FOUNDATION. TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.

V0221

Comprender la enfermedad del tejido conjuntivo asociada a la enfermedad pulmonar intersticial

REUMATOLOGÍA
GUÍA DE BOLSILLO

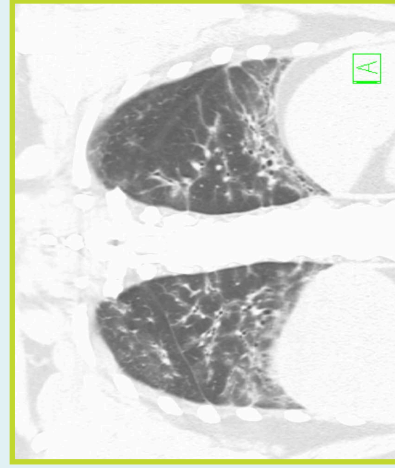
TABLA 1: PISTAS DIAGNÓSTICAS QUE SUGIEREN IILD EN EL CONTEXTO DE UNA CTD DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE

Pistas	Síntomas	Signos	Fisiológicas	Radiográficas
Tempranos Fatiga/disnea de esfuerzo	Tardíos Disnea en reposo	Estertores en la auscultación Acropaquia Desaturación de oxígeno con ejercicio o en reposo	Patrón restrictivo en las pruebas de la función pulmonar (pulmonary function test, PFT); capacidad vital forzada (forced vital capacity, FVC) baja; capacidad pulmonar total (total lung capacity, TLC) baja Deterioro de la difusión; capacidad de difusión para monóxido de carbono (Diffusing Capacity for Carbon Monoxide, DLCO) baja	Hallazgos de la tomografía computarizada (computed tomography, CT) de tórax de alta resolución coherentes con la enfermedad pulmonar intersticial (interstitial lung disease, ILD) Reticulación (“líneas” periféricas en el espacio subpleural) Opacidades de vidrio esmerilado (borrosas) y/o bronquiectasia por tracción (dilatación de las vías respiratorias más grandes que el vaso sanguíneo adyacente) Cambio a patrón de panel de abeja (“quistes” periféricos subpleurales en filas)

Consejos
Muchos pacientes son asintomáticos en la IILD temprana Los síntomas pueden ser no específicos
Determinadas enfermedades del tejido conjuntivo (connective tissue diseases, CTD) tienen factores de riesgo específicos para la IILD, tal como se describen en la Tabla 2.

TABLA 2: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA IILD BASADA EN LA CTD SUBYACENTE

	Prevalencia de la IILD	Factores de riesgo en los antecedentes y examen físico	Factores de riesgo basados en estudios de laboratorio
Esclerosis sistémica	>65 %	Sexo masculino Raza afroestadounidense Esclerosis cutánea difusa	Anticuerpo anti-Scl-70 Anticuerpo anti-PM/Sci
Artritis reumatoide	30 a 76 %	Sexo masculino Edad avanzada Tabaquismo	Anticuerpo anti-RF Anticuerpo anti-CCP
Síndrome de Sjögren	25 %	Sexo masculino Edad avanzada Tabaquismo	Anticuerpo anti-ANA Anticuerpo anti-CCP
Miositis	23 a 65 %	Dermatomiositis amiotópica Edad avanzada Artritis	Anticuerpo anti-Jo-1 (PL1) Anticuerpo anti-PL7 Anticuerpo anti-PL12 Anticuerpo anti-MDA5
Lupus eritematoso sistémico	3 a 13 %	No está bien definido	Anticuerpo anti-dsDNA
Enfermedad mixta del tejido conjuntivo	18 a 66 %	Edad avanzada Fenómeno de Raynaud Disfagia	Anticuerpo anti-Smith



*

La neumonía intersticial no específica (NSIP) es el patrón de HRCT más frecuente observado en la enfermedad pulmonar asociada con la CTD, aunque es posible que se produzcan otros patrones intersticiales, como la neumonía intersticial habitual. El patrón NSIP se relaciona con más frecuencia con la CTD que con la NSIP idiopática. Las características distintivas observadas en NSIP son simétrico, bibasilar, vidrio esmerilado, reticulación, bronquiectasia por tracción (dilatación y distorsión de los bronquios o bronquiolos en zonas de fibrosis) y preservación subpleural.¹

¹Referencias bibliográficas:

Capobianco J, et al. Radiographics 2012; 32: 33-50.
Ahuja J, et al. Radiol Clin N Am 2016; 54: 1015-1031.
Mueller-Mang et al. Radiographics 2007; 27: 595-615.
Hansell et al. Radiology 2008; 246:697.