

Enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoide (RA-ILD)

¿Qué es la enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoide?

La enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoide (rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease, “RA-ILD”) es una enfermedad pulmonar crónica en la que el tejido cicatricial (“fibrosis”) o la inflamación van aumentando en las paredes de los sacos alveolares de los pulmones en una persona con diagnóstico de artritis reumatoide. La artritis reumatoide (rheumatoid arthritis, “RA”) es una afección “autoinmunitaria”. La palabra “autoinmunitaria” significa que el sistema inmunitario del cuerpo está causando inflamación y otros problemas en los propios órganos del cuerpo. Hay muchas enfermedades autoinmunitarias además de la RA, como el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, la dermatomiositis, entre otras. La RA causa principalmente artritis, pero las personas que viven con RA también pueden presentar enfermedades pulmonares, problemas con los nervios o los ojos y otros tipos de inflamación en el cuerpo.

Muchas personas con RA no tienen enfermedad pulmonar. Cuando la RA afecta al pulmón, puede provocar muchas afecciones pulmonares diferentes. La ILD es el problema más frecuente en los pulmones de las personas que viven con RA. Otras afecciones que puede causar la RA incluyen nódulos en los pulmones (conocidos como “nódulos pulmonares”) y problemas con las vías respiratorias del pulmón, problemas con el revestimiento exterior del pulmón (conocida como “enfermedad pleural”). Las personas que toman ciertos medicamentos para tratar la RA pueden tener efectos secundarios que afectan a los pulmones, incluidas infecciones pulmonares (debido a un sistema inmunitario debilitado) e incluso ILD causada por medicamentos. Cuando los médicos utilizan el término RA-ILD, normalmente se refieren a la ILD que afecta a los pulmones en una persona que vive con RA.

¿Cuáles son los síntomas de la RA-ILD?

Las personas con RA-ILD pueden tener síntomas relacionados con problemas en los pulmones y las articulaciones. En los pulmones, la mayoría de las personas con RA-ILD en etapa temprana no tendrán síntomas respiratorios o podrían tener una tos molesta. A medida que la enfermedad progresa, la falta de aire durante el ejercicio y las actividades diarias se vuelve frecuente. También son frecuentes la fatiga, la depresión y la ansiedad.

¿Qué causa la RA-ILD?

Nadie sabe con certeza cuál es la causa de la RA o de la RA-ILD. Algunos factores de riesgo de la RA incluyen tabaquismo y ciertas mutaciones genéticas en una familia de genes denominados genes del “antígeno leucocitario humano” (antígenos leucocitarios humanos, “HLA”). Existe la teoría de que la inflamación de los pulmones podría desencadenar la propia RA, lo que significa que la afección podría empezar en los pulmones en algunas personas y luego propagarse a las articulaciones. En las personas con RA, el principal factor de riesgo de presentar ILD es el tabaquismo. Otros factores de riesgo de ILD son tener edad avanzada, ser hombre y tener RA más grave.

¿Cómo se diagnostica la RA-ILD?

Cuando un médico u otro proveedor de atención médica sospecha que un paciente tiene ILD, realizará pruebas que podrían incluir pruebas de la función pulmonar, una radiografía de tórax, análisis de sangre y una exploración por tomografía computarizada (computed tomography, CT) de alta resolución (también conocida como exploración por tomografía axial computarizada [computerized axial tomography, CAT]). Las pruebas de la función pulmonar miden cuánto aire pueden contener los pulmones.

TIPO DE FIBROSIS PULMONAR	INDICIOS QUE USAN LOS MÉDICOS
Inducida por fármacos	Uso anterior o actual de amiodarona, nitrofurantoina, quimioterapia, metotrexato u otros fármacos que se sabe que afectan los pulmones
Inducida por radiación	Tratamiento anterior o actual con radiación en el pecho
Ambiental (denominada neumonitis por hipersensibilidad)	Exposición al moho, a animales o a otros desencadenantes
Autoinmunitaria (denominada relacionada con enfermedad del tejido conjuntivo)	Inflamación de las articulaciones, cambios en la piel (en particular, en los dedos de las manos y la cara), sequedad en los ojos o la boca, resultados anómalos en los análisis de sangre
Ocupacional (denominada neumoconiosis)	Exposición anterior o actual a polvos, fibras, gases o vapores que pueden producir PF (como asbesto, carbón, sílice y otros)
Idiopática	Cuando no se puede identificar una causa

Cuanto más tejido cicatricial tengan los pulmones, menos aire contendrán. Los médicos también usarán un tipo especial de radiografía del tórax, denominada exploración por tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT), que proporciona imágenes detalladas del pulmón. El tejido pulmonar saludable tiene un aspecto casi negro en una exploración por CT. El tejido cicatricial y la inflamación aparecen de color gris o blanco.

Un indicio importante de presencia de RA sería dolor, rigidez e hinchazón en las articulaciones. Los análisis de sangre, que incluyen pruebas de “factor reumatoide” (rheumatoid factor, “RF”) y de “anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico” (anti-cyclic citrullinated peptide, “anti-CCP”), pueden ayudar a identificar la presencia de RA. En la mayoría de los casos, un especialista en enfermedades autoinmunitarias (un reumatólogo) ayudaría a establecer un diagnóstico de RA.

¿Cómo se trata la RA-ILD?

No existe ninguna terapia aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para la RA-ILD y no hay pautas médicas sobre cómo tratarla. En algunos casos, se utilizan medicamentos que debilitan el sistema inmunitario para tratar la inflamación en los pulmones. En algunos pacientes, los médicos controlarán la enfermedad sin medicamentos. Los tratamientos para las enfermedades articulares con RA no necesariamente tratan las enfermedades pulmonares.

El **trasplante de pulmón** es un tratamiento adecuado para algunas personas que viven con RA-ILD. Es importante hacer una evaluación temprana para el trasplante de pulmón, ya que el proceso implica una serie de citas para proporcionar al paciente información sobre el trasplante y determinar si es un candidato adecuado.

La **rehabilitación pulmonar**, el **oxígeno suplementario**, dejar de fumar y las vacunaciones de rutina (como la vacunación contra la gripe y la neumonía) son partes importantes de vivir con RA-ILD.

Puede obtener más información sobre el oxígeno suplementario en:

<https://www.pulmonaryfibrosis.org/life-with-pf/oxygen-therapy>.

Puede obtener más información sobre la rehabilitación pulmonar en:

<https://www.pulmonaryfibrosis.org/life-with-pf/pulmonary-fibrosis-treatment-options>.

¿Cuál es mi pronóstico?

El pronóstico en la RA-ILD es muy variable. Algunos casos permanecen estables, mientras que otros empeoran con el paso del tiempo. La tasa de progreso puede variar y ser lenta durante años y rápida en otros momentos. El progreso de la ILD puede provocar insuficiencia pulmonar (medicamento denominada “insuficiencia respiratoria”), que es una afección potencialmente mortal. Nadie puede predecir exactamente cuánto tiempo vivirá con la RA-ILD. Cada persona es diferente. Su médico puede darle información más detallada sobre su pronóstico.

¿Hay terapias experimentales disponibles?

Puede buscar estudios de investigación más cerca de su área en nuestro buscador de ensayos clínicos de la PFF: [trials.pulmonaryfibrosis.org](https://www.pulmonaryfibrosis.org).

Otros recursos

[Colegio Estadounidense de Reumatología \(American College of Rheumatology\)](#)

[Fundación de la Artritis \(Arthritis Foundation\)](#)

[Asociación Estadounidense de Enfermedades Autoinmunitarias \(American Autoimmune Related Diseases Association\)](#)

Agradecimientos

La Pulmonary Fibrosis Foundation agradece a las siguientes personas por su ayuda en la redacción y revisión de esta ficha técnica:

Dr. David J. Lederer, MS

Exasesor médico superior de la PFF, Educación y Concientización

Dr. Kevin R. Flaherty, MS

University of Michigan Health System

Ann Arbor, MI

Presidente del comité directivo, Red de Centros de Atención (Care Center Network) de la PFF y Registro de pacientes (Patient Registry) de la PFF