

Hipertensión Pulmonar como complicación de Artritis Reumatoidea Seronegativa

Pulmonary Hypertension as a complication of Seronegative Rheumatoid Arthritis

JAMAL LONE¹, G. ANDRÉS QUICENO²

Forma de citar: Lone J, Quiceno A. Hipertensión Pulmonar como complicación de Artritis Reumatoidea Seronegativa. Rev CES Med 2005;19 (2): 73-76

RESUMEN

Nosotros reportamos una paciente Afro-Americana de 76 años con Artritis reumatoidea seronegativa que se presentó con Cor pulmonale. Una evaluación exhaustiva que incluyó tomografía axial computarizada de alta resolución del tórax, gammagrafía de ventilación-perfusión y ecocardiografía no revelaron ninguna etiología cardíaca o pulmonar. El cateterismo cardíaco derecho reveló una presión arterial pulmonar de 84/40 mm Hg.

Basados en estos hallazgos, concluimos que el cuadro clínico de esta paciente fue secundario a su Artritis reumatoidea seronegativa y en base de nuestra revisión de la literatura este es el primer reporte de un caso de Cor pulmonale e hipertensión pulmonar secundario a Artritis reumatoidea seronegativa.

PALABRAS CLAVE

Artritis reumatoidea seronegativa

Hipertensión pulmonar

Cor pulmonale

¹ Residente de Tercer año, Departamento de Medicina Interna, Hospital Presbiteriano de Dallas

² MD. Director Asistente, Programa de Residencia, Departamento de Medicina Interna, Hospital Presbiteriano de Dallas. E-mail: andresquiceno@texashealth.org

Recibido: 5 septiembre/ 2005, Revisado: 3 octubre/ 2005, Aceptado: 8 noviembre/ 2005

KEY WORDS

Seronegative rheumatoid arthritis

Pulmonary hypertension

Cor pulmonale

SUMMARY

We report a 76 African-American female with seronegative Rheumatoid Arthritis (RA) that presented Cor Pulmonale. Extensive work up that included high resolution CT scan of the chest, V/Q scan and echocardiography failed to reveal any cardiac or pulmonary etiology. Right cardiac catheterization showed a pulmonary artery pressure of 84/40 mm Hg. We concluded that her clinical picture was secondary to seronegative Rheumatoid Arthritis and in the best of our knowledge, this is the first case reported in the literature of seronegative RA causing Cor Pulmonale and pulmonary hypertension.

INTRODUCCIÓN

El compromiso pulmonar es común en pacientes con Artritis reumatoidea, en estudios de autopsias, el compromiso pleural se reporta hasta en el 50% de los pacientes. Los nódulos pulmonares parenquimales son generalmente asintomático y frecuentemente encontrados en pacientes con Artritis reumatoidea seropositiva. La fibrosis pulmonar intersticial difusa asociada a Artritis reumatoidea fue inicialmente descrita en 1948 y la prevalencia varía dependiendo de la metodología diagnóstica utilizada, pero en general se considera que la tomografía computarizada (CT) de alta resolución del tórax aumenta la posibilidad de hacer un diagnóstico temprano del compromiso intersticial y es posiblemente el método no invasivo mas efectivo. La arteritis pulmonar aislada e Hipertensión Arterial Pulmonar son complicaciones muy poco frecuentes y en general asociadas a otras manifestaciones de enfermedad pulmonar reumática, pero que también han

sido descritas en ausencia de compromiso pulmonar intersticial. ⁽¹⁾

REPORTE DE CASO

Una paciente Afro-Americana de 76 años se presentó en el departamento de urgencias de nuestra institución con 2 meses de fatiga, disnea de reposo y edema de miembros inferiores. La paciente también reportó 5 años de dolor y edema en sus manos con rigidez matinal. Sus antecedentes personales eran significativos para hipertensión arterial esencial.

Al examen físico sus signos vitales eran estables con presión arterial 109/65 mm/Hg., Pulso 95 por minuto. Los hallazgos pertinentes al examen físico incluían distensión venosa yugular de 12 cm, auscultación normal de los pulmones. A la auscultación cardíaca se apreció un soplo sistólico III/VI que se escuchaba mejor en borde esternal izquierdo, con P2>A2 en el foco pulmonar. Hepatomegalia de 13 cm con reflujo hepatoyugular, + 2 edema con fóvea de miembros inferiores. Al examen músculo esquelético se encontró sinovitis moderada en ambas muñecas y desde la segunda a la quinta articulaciones interfalángicas proximales bilateralmente, con un nódulo subcutáneo de 2x3 cm en el codo izquierdo.

Los exámenes paraclínicos revelaron un péptido natriurético cerebral de 1550 pg/ml, ANA anti-Scl 70, anti-Sm, anti-RNP y factor reumatoideo fueron negativos. Las pruebas de función pulmonar, radiografía de tórax, escenografía axial computarizada de alta resolución del tórax y la gammagrafía de ventilación/perfusión descartaron enfermedad intersticial pulmonar y trombo-embolismo pulmonar pero revelaron un patrón restrictivo moderado.

La ecocardiografía transtorácica mostró una función ventricular izquierda dentro de límites normales con sobrecarga y dilatación del ventrículo derecho. El cateterismo cardíaco mostró una presión

arterial pulmonar de 84/40 mm Hg, con presión auricular derecha de 19 mm Hg.

Las radiografías de las manos mostraron edema de las articulaciones interfalángicas proximales con erosiones características de Artritis Reumatoidea. (Figura. 1)

Basados en estos hallazgos la paciente fue diagnosticada con Cor Pulmonale secundaria a Hipertensión Pulmonar secundaria a su Artritis Reumatoidea seronegativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Hipertensión Pulmonar como complicación de Artritis Reumatoidea fue inicialmente descrita en 1957. (2) Los casos reportados han incluido pacientes con alveolitis fibrosante diseminada, vasculitis, arteriopatía plexogénica con hiperplasia fibrosa de la íntima y síndromes de hiper-viscosidad secundarios a gamapatía policlonal. En general, la Hipertensión Pulmonar tiene una alta prevalencia en Escleroderma y en la Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, pero es raramente reportada en pacientes con Artritis Reumatoidea y nunca se ha reportado en pacientes con Factor Reumatoideo negativo. (3, 4, 5)

Un estudio reciente de Dawson y colaboradores concluyó que los pacientes con Artritis Reumatoidea tienen una prevalencia de Hipertensión Pulmonar mas alta que lo esperado en la población general. Ellos reportaron que 31% de los pacientes tenían una presión arterial pulmonar mayor de 30 mm Hg y un 21 % tenían Hipertensión Pulmonar sin enfermedad cardiaca o pulmonar evidente. (6) Hallazgos que fueron confirmados en dos estudios posteriores. (7, 8)

Basados en nuestra evaluación de la literatura, este es el primer caso reportado de Hipertensión Pulmonar secundaria a Artritis Reumatoidea Seronegativa y hace énfasis en considerar la Hipertensión Pulmonar en el diagnóstico diferencial de los pacientes con Artritis Reumatoidea que se presentan con disnea o falla cardíaca derecha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matteson EL, Cohen MD, Conn DL. Rheumatoid Arthritis. Clinical Features and Systemic Involvement. In: Klippel JH, Dieppe PA. Rheumatology. 2nd edition. London: Mosby International, 1998.
2. Gardner DL, Duthie JR, MacLeod J, Allen WSH. Pulmonary hypertension in rheumatoid arthritis: report of a case study with intimal sclerosis of the pulmonary and digital arteries. Scott Med J. 1957; 2(5): 183-188.
3. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 37-1992. A 68-year-old woman with rheumatoid arthritis and pulmonary hypertension. N Engl J Med 1992; 327(12): 873-880.
4. Balagopal VP, da Costa P, Greenstone MA. Fatal pulmonary hypertension and rheumatoid vasculitis. Eur Respir J 1995; 8(2): 331-333.
5. Tanoue LT. Pulmonary hypertension in the collagen vascular diseases. Semin Respir Crit Care Med 2003; 24(3): 287-296.

6. Dawson JK, Goodson NG, Graham DR, Lynch MP. Raised pulmonary artery pressures measured with Doppler echocardiography in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)* 2000; 39(12): 1320-1325.
7. Gonzalez-Juanatey C, Testa A, Garcia-Castelo A, García-Porrúa C, Llorca J, Ollier WE. Echocardiographic and Doppler findings in long-term rheumatoid arthritis patients without clinically evident cardiovascular disease. *Semin Arthritis Rheum* 2004; 33(4): 231-238.
8. Keser G, Capar I, Aksu K, Inal V, Danaoglu Z, Savas R, et al. Pulmonary hypertension in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2004; 33(4): 244-245.

