

- Gimenez A, Storrer K, Kuranishi L, et al. Change in FVC and survival in chronic fibrotic hypersensitivity pneumonitis. *Thorax*. 2018;73(4):391-2.
- Raghu G, Remy-Jardin M, Richeldi L, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis (an update) and progressive pulmonary fibrosis in adults: an official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022;205(9):e18-47.
- Rajan SK, Cottin V, Dhar R, et al. Progressive pulmonary fibrosis: an expert group consensus statement. *Eur Respir J*. 2023;61(3):2103187.
- Zamora-Legoff JA, Krause ML, Crowson CS, et al. Progressive decline of lung function in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(3):542-9.

## ¿QUÉ PROPORCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE DESARROLLAN UN FENOTIPO FIBROSANTE PROGRESIVO Y CUÁLES SON SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO?

Dra. Silvana Saavedra Gutiérrez

La AR afecta aproximadamente al 0,5-1% de la población adulta mundial. El compromiso pulmonar es una manifestación extraarticular de gran impacto clínico frecuentemente subdiagnosticada. La EPI asociada a AR (EPI-AR) se manifiesta clínicamente en aproximadamente un 10% de los pacientes, mientras que formas subclínicas pueden detectarse en el 20-60%.

La EPI-AR se asocia a exceso de mortalidad y es una de las principales causas de muerte. En cohortes de EPI-AR, el 30-50% de los casos desarrollarán fenotipo de FPP en 2-5 años.

La detección temprana es crucial. Las guías recomiendan *screening* mediante TCAR y pruebas de función pulmonar en pacientes de alto riesgo. La ultrasonografía pulmonar ha demostrado utilidad para *screening* con una sensibilidad del 83%, especificidad del 81% y valor predictivo negativo (VPN) del 93%. El elevado VPN indica que la ausencia de hallazgos ultrasonográficos prácticamente descarta EPI-AR, posicionándola como una herramienta valiosa en la evaluación inicial, aunque la TCAR permanece como estándar de oro.

La identificación de pacientes con EPI-AR con fenotipo FPP es crucial para seleccionar aquellos que podrían beneficiarse de terapia antifibrótica, mejorando la supervivencia (Tabla 2).

## Bibliografía

- Chai D, Sun D, Wang Y, et al. Progression of radiographic fibrosis in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1265355.
- Chen N, Diao CY, Gao J, et al. Risk factors for the progression of rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease: Clinical features, biomarkers, and treatment options. *Semin Arthritis Rheum*. 2022;55:152004.
- Otaola M, Vasarmidi E, Ottaviani S, et al. Performance of Lung Ultrasound as a Screening Tool for Subclinical Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease: A Multicenter Study. *Chest*. 2025;167(6):1687-95.
- Sebastiani M, Venerito V, Laurino E, et al. Fibrosing Progressive Interstitial Lung Disease in Rheumatoid Arthritis: A Multicentre Italian Study. *J Clin Med*. 2023;12(22):7041.

**Tabla 2.** Factores de riesgo de progresión a FPP en EPI-AR

Categoría	Factores de riesgo
Clínico-demográficos	Sexo masculino y mayor edad (especialmente en NIU-AR); tabaquismo (actual o pasado); alta actividad de AR (DAS28* > 5,1: cada aumento de un punto incrementa el riesgo un 35%; HR: 1,35; IC 95%: 1,14-1,60); comorbilidades
Serología y genética	Seropositividad (FR y anti-CCP a título alto); MUC5B rs35705950 (fuerte factor de riesgo para desarrollar EPI-AR; valor como predictor de progresión limitado)
Radiología y función pulmonar	Patrón NIU (panalización, bronquiectasias por tracción), mayor extensión de fibrosis en TCAR (> 10%) CVF y especialmente DLCO bajas al inicio
Biomarcadores	KL-6 elevado (y MMP-7/HE4 en algunos estudios)

\*DAS28 (Disease Activity Score in 28 joints): índice compuesto que evalúa la actividad de enfermedad; < 2,6: remisión; 2,6-3,2: baja actividad; 3,2-5,1: actividad moderada; > 5,1: alta actividad.