

IMÁGENES EN REUMATOLOGÍA

NIU en síndrome de Sjögren

UIP in Sjögren's Syndrome

Ignacio Lasierra Lavilla,¹ Mario Albani Pérez,² David Galindo Rodríguez,¹
Sara Plou Izquierdo³

¹Servicio Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.

²Servicio Neumología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.

³Medico Atención Primaria, Centro de Salud de Sarrión, Teruel, España.

CORRESPONDENCIA

Ignacio Lasierra Lavilla

ilasierral@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4967-7122>

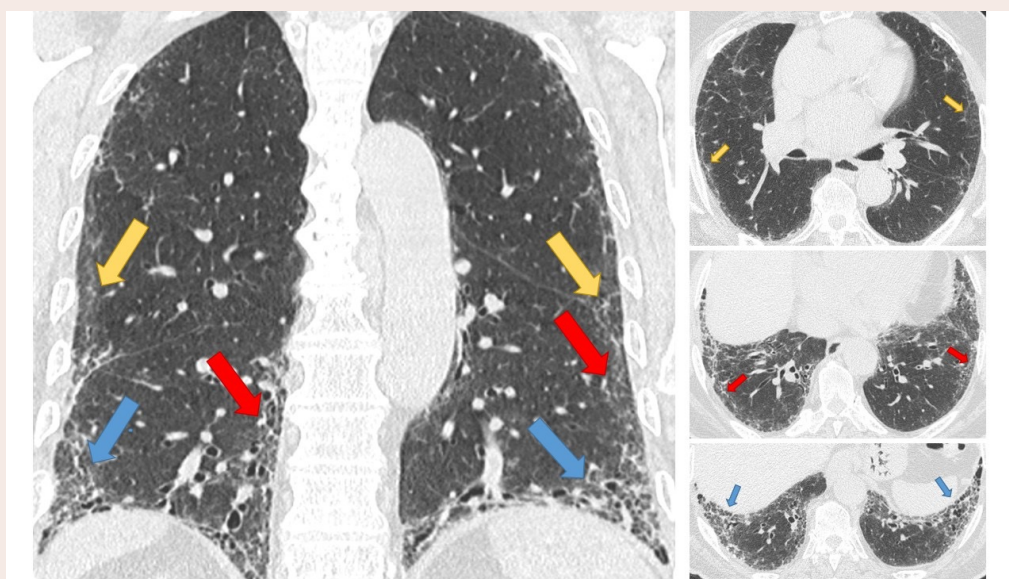


Figura 1. TACAR con patrón de neumonía intersticial usual (NIU) con afectación intersticial craneocaudal, panalización bibasal y subpleural (flecha-azul), reticulación (flecha-amarilla) y bronquiectasias por tracción (flecha-roja).

CASO CLÍNICO

Hombre de 79 años, hipertenso y exfumador derivado por xeroftalmía y xerostomía de 3 años de evolución y patrón intersticial en radiografía de tórax. No refería síntomas respiratorios, en la exploración física presentó saturación del 98% basal y crepitantes bibasales secos. Negó exposiciones ambientales. Las pruebas funcionales respiratorias reportaron restricción moderada (TLC: 69.4%), difusión disminuida (DLCO: 51.3%) y volúmenes normales. Se realizó tomografía de alta resolución (TACAR) que mostró patrón de neumonía intersticial usual (NIU) con afectación intersticial craneocaudal, panalización bibasal y subpleural, reticulación y bronquiectasias por tracción (Figura 1). En estudio

de autoinmunidad ANA +1/1280 y anti-Ro52 positivo. Test de Schirmer positivo, cumpliendo criterios de síndrome de Sjögren (SS). Se inició tratamiento inmunosupresor con prednisona en dosis descendente hasta llegar a 2.5 mg al día y micofenolato sódico 360 mg cada 12 horas, consiguiendo la estabilidad radiológica.

DISCUSIÓN

El SS es un trastorno autoinmune de etiología desconocida caracterizado por la afectación de glándulas salivales y lagrimales. La sequedad puede afectar otras mucosas, como las vías respiratorias. La relación hombre:mujer es 1:9 y el diagnóstico se realiza sobre los 60 años.¹

El SS primario presenta manifestaciones pulmonares en el 40% de los casos, con intersticiopatía en el 8-27% de éstos. La presentación radiológica más frecuente es como neumonía intersticial no específica (NINE) 41-45%, la neumonía intersticial linfóide (NIL) 4-9% y el patrón NIU 10%.^{2,3,4}

Para el diagnóstico se siguen los criterios de clasificación del American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR-EULAR).⁵

El tratamiento se basa en el uso de corticoides y otros inmunosupresores. El pronóstico es habitualmente favorable.¹

REFERENCIAS

1. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardanelli F, Murdaca G, Indiveri F, Puppo F. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. *Clin Exp Med*. 2022 Feb;22(1):9-25. doi: 10.1007/s10238-021-00728-6.
2. Barahona-Correa J, Aranguren C, Botero Bahamón JD, Romero-Alvernia D, Arias L, Díaz MC, Fernández MJ, et al. Compromiso pulmonar en síndrome de Sjögren. *Rev Colom Reumatol*. 2020; 27 (S2): 109-124. DOI: 10.1016/j.rcreu.2020.06.013
3. Luppi F, Sebastiani M, Silva M, Sverzellati N, Cavazza A, Salvarani C, Manfredi A. Interstitial lung disease in Sjögren's syndrome: a clinical review. *Clin Exp Rheumatol*. 2020 Jul-Aug;38 Suppl 126(4):291-300.
4. Flament T, Bigot A, Chaigne B, Henique H, Diot E, Marchand-Adam S. Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. *Eur Respir Rev*. 2016 Jun;25(140):110-23. doi: 10.1183/16000617.0011-2016.
5. Jonsson R, Brokstad KA, Jonsson MV, Delaleu N, Skarstein K. Current concepts on Sjögren's syndrome - classification criteria and biomarkers. *Eur J Oral Sci*. 2018 Oct;126 Suppl 1(Suppl Suppl 1):37-48. doi: 10.1111/eos.12536.