



Original

Inflamación bronquial, clínica respiratoria y función pulmonar en el síndrome de Sjögren primario

Jesús Bellido-Casado^{a,*}, Vicente Plaza^a, César Díaz^b, Carme Geli^b, José Domínguez^a, Gisela Margarit^c, Montserrat Torrejón^a y Jordi Giner^a^a Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España^b Servicio de Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Sagrat Cor, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de octubre de 2010

Aceptado el 7 de enero de 2011

On-line el 22 de marzo de 2011

Palabras clave:

Síndrome de Sjögren primario

Tos crónica

Linfocitosis

Espujo inducido

RESUMEN

Introducción: En el síndrome de Sjögren primario (SSp) no se dispone de información suficiente que analice la relación entre la clínica respiratoria o la función pulmonar y la inflamación bronquial presente, medida por esputo inducido.

Objetivo: Descripción de las características clínicas y de función pulmonar en los pacientes diagnosticados de SSp y su relación con el perfil inflamatorio de la luz bronquial.

Métodos: Se analizaron síntomas respiratorios, radiología, función pulmonar, hiperrespuesta bronquial e inflamación mediante esputo inducido de 36 pacientes consecutivos diagnosticados de SSp.

Resultados: El 58% de los pacientes presentó carraspera y el 42% tos y disnea. No hubo alteraciones destacables de la función pulmonar, pero el 46% (n = 16) presentó una prueba de respuesta bronquial positiva. La linfocitosis > 2,6% en esputo estaba presente en el 69% de los esputos analizados. Presentaron tos crónica el 29% de los pacientes con linfocitosis (n = 24), frente al 73% de los normales (n = 11) (p = 0,02), con una duración de la tos inferior para el primero (p = 0,02). Por el contrario, la hiperrespuesta bronquial se asoció con linfocitosis (p = 0,02). El 55% de los esputos patológicos (n = 22) presentaron lipófagos (índice > 15) frente al 18% de los normales (n = 11) (p = 0,05).

Conclusión: Los síntomas respiratorios (carraspera, tos y disnea) son frecuentes en el SSp aunque su relación con la hiperrespuesta bronquial y la inflamación de la vía aérea es variable. El hallazgo de linfocitosis en la vía aérea constituye un foco infiltrativo más de la enfermedad, siendo el esputo inducido una herramienta complementaria en la valoración de la actividad inflamatoria pulmonar del SSp.

© 2010 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Bronchial Inflammation, Respiratory Symptoms and Lung Function in Primary Sjögren's Syndrome

ABSTRACT

Keywords:

Primary Sjögren syndrome

Chronic cough

Lymphocytosis

Induced sputum

Introduction: There is no information available regarding the relationship between the respiratory symptoms or lung function and bronchial inflammation, measured by induced sputum.

Objectives: Description of the clinical characteristics, radiographic images and lung function of patients suffering from Primary Sjögren Syndrome (PSS), and to assess the relationship with the inflammatory airway profile.

Methods: We analysed clinical, radiology, lung function tests, bronchial hyperresponsiveness and inflammatory data in the induced sputum from 36 consecutive patients with PSS.

Results: A total of 58% of patients had hoarseness and 42% had cough and dyspnea. No lung dysfunction was observed, although 46% (n = 16) had a positive bronchial response. Lymphocytosis >2.6% in induced sputum was observed in 69% of all sputa. There was chronic cough in 29% of patients with lymphocytosis (n = 24), whereas 73% were normal (n = 11) (P = .02). The duration time of cough was less for the former (P = .02). On the contrary a positive bronchial response was associated with lymphocytosis >2.6% (P = .02). Lipophages were present in 55% of pathological sputa (n = 22) (index >15) versus 18% of the non-pathological ones (n = 11) (P = .05).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jbellido@santpau.cat (J. Bellido-Casado).

Conclusion: Hoarseness, cough and dyspnea are frequent respiratory symptoms in PSS, although there is a wide variation in the relationship with bronchial responsiveness and airway inflammation. Lymphocytosis in the airways is another site of the infiltrative process in PSS, and the induced sputum is a complementary tool in the identification of active inflammatory process.

© 2010 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad sistémica caracterizada por un proceso inflamatorio autoinmune crónico. El hallazgo anatomopatológico más relevante que la caracteriza es la presencia de una infiltración linfocítica focal de las glándulas exocrinas, siendo uno de los principales criterios diagnósticos. La inflamación conduce a una destrucción y atrofia glandular que evoluciona hacia la sequedad de mucosas, principalmente ocular (queratoconjuntivitis seca), oral (xerostomía), traqueal (xerotráquea) y vaginal (xerosis vaginal)^{1,2}. El pulmón comparte con las glándulas exocrinas una estructura similar, por lo que su afectación puede manifestarse en el curso clínico del síndrome. Los síntomas respiratorios más frecuentes son la tos crónica y la disnea^{3,4}; los cuales pueden reflejar una afectación del árbol bronquial o del parénquima pulmonar^{5–7}. En la literatura las series de casos que han estudiado la fisiopatología de la tos y la disnea en el SSp implican un patrón inflamatorio del intersticio pulmonar y/o una afectación concomitante de la vía aérea periférica, principalmente^{3,8,9}, aunque se ha descrito una mala correlación entre la clínica, la histopatología, la función pulmonar y la radiología en el SSp^{9–11}. Por otro lado, se desconoce si la inflamación presente en la luz bronquial, que ha sido poco estudiada, puede reflejar un estadio precoz o tardío de la historia natural del síndrome en aquellos pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de la clasificación de consenso 2002¹² y, por tanto, si en ellos la histopatología debe ser considerada más bien el patrón oro o estándar de la enfermedad como tal². Los objetivos de este estudio son describir las características clínicas, de función pulmonar y de inflamación presente en la luz bronquial en los pacientes diagnosticados de SSp, y analizar si el perfil inflamatorio, obtenido de manera no invasiva mediante el análisis del esputo inducido, se asocia con la presencia de clínica respiratoria.

Material y métodos

Población de estudio

Se reclutaron los pacientes que acudieron de manera consecutiva a una consulta de reumatología y que cumplían los criterios de consenso de SSp (criterios de consenso *American College of Rheumatology*)¹² realizado mediante la presencia de datos subjetivos y objetivos de xerostomía y queratoconjuntivitis seca y uno de los criterios de autoinmunidad. Es decir, el hallazgo de un foco o más de infiltrado inflamatorio detectado en la biopsia de glándulas salivares menores (grados 3–4 de Chisholm y Mason: al menos un foco de infiltración linfocítica de ≥ 50 linfocitos/4 mm²) y/o la presencia de autoanticuerpos Ro/La+, conjuntamente con la presencia de síntomas de queratoconjuntivitis seca o xerofalmía y positividad para alguno de los test: Schirmer/Rosa de Bengala/sialometría/sialografía/gammagrafía/ecografía/RM de glándulas salivares. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron alguno de los siguientes criterios: SS secundario a conectivopatías, tabaquismo activo, fármacos productores de tos (como por ejemplo IECAS), quimioterapia, rinosinusitis, diagnóstico de reflujo gastroesofágico, neumopatías crónicas (específicamente asma, ocupacionales o inducidas por radioterapia).

El protocolo de investigación del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Tras informar y aceptar la participación voluntaria en el estudio, se obtuvo de cada paciente el consentimiento informado, procediéndose a la recogida de los datos detallados en el protocolo si cumplía con los criterios de inclusión.

Variables

Se identificaron variables demográficas (edad y sexo), clínicas de afectación sistémica (oculares, orales, otorrinolaringeas, otras afectaciones) y específicamente respiratoria (disnea, tos y sibilancias). Se definieron las siguientes variables: síntoma inicial (primer síntoma aparecido de todo el síndrome), síntoma dominante (el referido como más constante o molesto), el tiempo transcurrido desde la aparición del primer síntoma del síndrome hasta que se realizó el esputo y el tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico hasta que se realizó el esputo. Se objetivó el patrón radiológico, de función pulmonar: espirometría (FVC, FEV₁), volúmenes pulmonares (TLC, VR) y difusión (DLCO y KCO), de provocación bronquial con metacolina (PC₂₀) y se obtuvo el patrón inflamatorio bronquial mediante el recuento diferencial celular del esputo inducido. Se consideró un esputo con perfil normal aquel que presentaba toda la celularidad por debajo del percentil 90 de los valores de referencia, y patológico aquel que los presentaba por encima de alguno de ellos¹³.

Técnicas

Función pulmonar

Atendiendo a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹⁴ se realizaron las siguientes pruebas en días diferentes.

Para la espirometría forzada con prueba broncodilatadora a la inhalación de 200 µg de salbutamol se utilizó un espirómetro Dataspir 500 (Sibelmed® S.A., Barcelona).

Los volúmenes se midieron por pletismografía corporal mediante un equipo SensorMédics® (Dinamarca), tras la realización entre 4 y 8 maniobras correctas de ITGV, y determinando posteriormente el volumen residual por espirometría.

La transferencia de monóxido de carbono se realizó con un equipo SensorMédics® 2450 (Dinamarca), analizando entre 2 y 4 maniobras correctas.

La prueba de provocación bronquial inespecífica con metacolina (mg/ml) se realizó a dosis crecientes de concentración siguiendo el método de Parker¹⁵, considerando positiva la prueba a la concentración acumulada inhalada que provocaba una caída del 20% en el FEV₁ (PC₂₀).

Radiológicas

Se evaluó la radiología convencional de tórax y computarizada existente en los tres meses previos de realizar la consulta. En el caso de no haberla realizado se procedió a solicitarla.

Prueba no invasiva de inflamación bronquial (esputo inducido)

Se obtuvo esputo después de proceder a la inducción con suero salino hipertónico al 3% mediante un nebulizador ultrasónico (Omron NE U07). Se seleccionaron los tapones de moco de la saliva y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203792>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203792>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)