

DOI: 10.26445/06.01.7

CARTA AL EDITOR

Enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a enfermedades autoinmunes

Mirella Anduaga-Dueñas

ORCID: 0000-0002-7574-7083

Estudiante de medicina humana.
3er año. Sociedad Científica de San Fernando. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina.

Brenda Castro Baños

ORCID: 0000-0002-3176-136

Estudiante de medicina humana.
2do año. Sociedad Científica de San Fernando. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina.

Pilar Rivera-Ortega

ORCID: 0000-0002-7960-8822

Respiratory Consultant and ILD specialist, Manchester University NHS Foundation Trust, United Kingdom.

Diffuse interstitial lung disease associated with autoimmune diseases

Doenças pulmonares intersticiais difusas associadas a doenças autoimunes

Recibido: 03/12/2020 **Aceptado:** 15/12/2020Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima – Perú
Correspondencia. E-mail: mirella.anduaga@unmsm.edu.pe

En octubre de 2018, se publicó el artículo “Estudio multicéntrico descriptivo de enfermedades pulmonares intersticiales asociadas a enfermedades autoinmunes en centros de salud en Montevideo, Uruguay” en la Revista Uruguaya de Medicina Interna (1). Dicho artículo analizó a los pacientes registrados en los archivos de la policlínica de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) y policlínica de neumología provenientes de centros públicos de referencia en el periodo comprendido entre diciembre del 2008 hasta diciembre del 2017. Se obtuvieron los datos de las historias clínicas de dichas instituciones tales como edad del paciente, tiempo entre el diagnóstico de EAIS y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), presentación clínica de la EPID al debut, patrón radiológico, pruebas de función respiratoria al momento de diagnóstico de la enfermedad y tratamiento recibido.

En primer lugar, respecto a la metodología del estudio, se indicó inicialmente un estudio multicéntrico descriptivo observacional de cohorte; sin embargo, se usan métodos que

corresponden más a un estudio analítico ya que se estudió la asociación entre EPID y EAIS; lo cual amerita una modificación y, por consiguiente, permite concluir que los resultados no obedecen a la metodología usada ni a los objetivos presentados (2). Segundo, la cantidad de pacientes es pequeña (total de 59) para un estudio multicéntrico en un periodo de 9 años, por lo que la extrapolación de los resultados debería ser interpretado con precaución. En este sentido, cuando existe una muestra reducida no es adecuada subclasificarla ya que no proporciona información fiable.

Se evidenció también la falta de explicación del cálculo muestral y muestreo, por lo que se asume que trabajaron con toda la población. En caso haya sido un estudio de muestra censal debió especificar la cantidad total de pacientes en un comienzo y luego de los criterios de selección, mencionar la cantidad de pacientes que participaron para el estudio. Como no se mencionan los criterios de exclusión se recomendaría considerar a quienes no hayan firmado el consentimiento informado y no tengan registro de historias clínicas completas, así como exámenes clínicos, radiológicos y función respiratoria. De igual forma se debe tener en cuenta la necesidad de una evaluación multidisciplinaria de estas patologías (neumólogos, radiólogos y reumatólogos o médicos internistas especialistas en enfermedades autoinmunes) para el diagnóstico de la EPID (3). Todo lo mencionado anteriormente evitará incurrir en sesgos de reconocimiento y recolección de datos.

Asimismo, llama la atención la clasificación del deterioro en los parámetros de función pulmonar que utilizaron los autores, lo cual no sigue los lineamientos de la ATS/ERS; por ejemplo, sobre el grado de severidad de la difusión de monóxido de carbono (DLCO) que se clasifica internacionalmente en leve (60-80%), moderado (40-60%) y severo (<40%) (4,5).

El método complementario de menor disponibilidad fue el test de marcha de 6 minutos y el más utilizado fue la tomografía de tórax. Solo en un 24% se realizó DLCO, ya sea por falta de disponibilidad, por el alto costo o por no considerarlo necesario. Otro dato llamativo es que, a

pesar de ser un estudio observacional, no se menciona el uso de consentimiento informado a los pacientes y la aprobación por el Comité de Ética de cada hospital referido para el estudio.

Sobre la presentación del gráfico 2 sobre “La frecuencia de patrones imagenológicos”, no es recomendable utilizar tres dimensiones y debería mantener un orden decreciente en sentido horario. Así se tendrá una presentación más clara y ordenada de los resultados como su mejor comprensión.

Por otra parte, el término “lung dominant” no es usado comúnmente por los especialistas en EPID o Neumología en general. Se entiende, según el artículo, como aquellos pacientes que tienen una EPID (con confirmación radiológica) y con algunas características sistémicas extratorácicas, pero sin cumplir criterios de enfermedad autoinmune sistémica. Sería adecuado volver a definir ese término, como una sospecha de desregulación inmune o sospecha clínica de patología sistémica, no cumpliendo con los criterios diagnósticos de una enfermedad autoinmune específica. De igual manera, el término de neumonía organizativa crónica (NOC) no es utilizado en la práctica habitual o nomenclatura internacional. La sigla NOC corresponde a neumonía organizativa criptogénica, lo cual podría causar confusión ya que esta enfermedad no está asociada a patología sistémica (6).

Según lo descrito en el artículo publicado en *Annals of the American Thoracic Society*, la neumonía intersticial con rasgos autoinmunes (IPAF) no constituye una enfermedad autoinmune ya que no cumple con los criterios de inmunidad (7); se entiende del texto que se hace referencia al paciente con patrón radiológico con neumonía intersticial no específica (NINE) o neumonía organizativa o neumonía intersticial linfocítica con signos y síntomas de patología sistémica, pero aun así no cumple criterios de autoinmunidad. De la misma manera, el concepto de IPAF no incluiría al patrón radiológico de neumonía intersticial usual (NIU) (8).

Según los resultados obtenidos, se evidencia la falta de discusión por un comité multidisciplinar de expertos, lo que podría conllevar a una cifra infraestimada del diagnóstico de EPID y una posible sub-clasificación no adecuada de las mismas. Es conveniente también hacer una mayor búsqueda bibliográfica por la cantidad de referencias en este artículo original.

Agradecimientos

A la Línea de investigación de Neumología de Sociedad Científica San Fernando (Lima-Perú) por hacer el contacto con la doctora Pilar Rivera-Ortega y seguimiento del avance del manuscrito.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tenerlo

Bibliografía

- 1- Díaz Cuña C, Consani S, Torres V, Alonso F, Berez A. Estudio multicéntrico descriptivo de enfermedades pulmonares intersticiales asociadas a enfermedades autoinmunes en centros de salud en Montevideo, Uruguay. *Rev Uruguaya Med Interna [Internet]*. 2018;3(2):12–9. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972018000300012&lng=es&nrm=iso
- 2- Jiménez R. *Metodología de la Investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1998.
- 3- Richeldi L, Launder N, Martinez F, Walsh SLF, Myers J, Wanget B, et al. The characterisation of interstitial lung disease multidisciplinary team meetings: a global study- ERJ Open Research 2019 5: 00209-2018; DOI: 10.1183/23120541.00209-2018.
- 4- Caviedes SI, Borzone TG, Briceño VC, Mercado MG, Schönfeldt GP, Céspedes GJ. Estandarización de la prueba de capacidad de difusión de monóxido de carbono. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2014;30(3):145–55.
- 5- Pellegrino G, Viegi V, Brusasco RO, Crapo F, Burgos R, Casaburi A, et al Interpretative strategies for lung function tests R.. *Eur Respir J* 2005; 26: 948–968. DOI: 10.1183/09031936.05.00035205
- 6- Travis WD, Costabel U, Hansell DM, King TE Jr, Lynch DA, Nicholson AG, Ryerson CJ, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Update of the International Multidisciplinary Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 188, Iss. 6, pp 733–748, Sep 15, 2013

- 7- Graney, BA, Fischer A. Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features. *Annals of the American Thoracic Society*, 2019; 16(5), 525–533. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-565CME>
- 8- Fisher A, Antoniou K, Brown K, Cadranel J, Corte TJ, du Bois RM, et al. An official European Respiratory Society/American Thoracic Society research statement: interstitial pneumonia with autoimmune features. *European Respiratory Journal* 2015 46: 976-987; DOI: 10.1183/13993003.00150-2015

Respuesta carta al editor

Mauricio Amaral

ORCID: 0000-0002-5479-1130

Internista. Neumólogo. Ex Asistente de la Cátedra de Neumología.

Profesor Adjunto de Clínica Médica. Universidad de la República. Uruguay.

En primer lugar quisiera destacar positivamente el intercambio de ideas y conceptos con médicos latinoamericanos, en este caso de Perú, que siempre será bien recibido y nos enriquece a todos.

Acerca de los conceptos señalados, corresponde a mi entender, realizar los siguientes comentarios:

- 1) Respecto a la metodología del estudio, que fue definido inicialmente como “descriptivo observacional de cohorte”, y la realización posterior de asociación entre variables por parte de los investigadores, considero que es de recibo. Significa una modificación en la metodología y representa que los resultados descriptos tienen más alcance e implicancias que el de una mera descripción poblacional.
- 2) En cuanto a la mención de lo pequeño de la muestra, esto se debe a que este tipo de enfermedades son de baja prevalencia en nuestro medio, asociado a un número bajo de habitantes, poco más de 3,5 millones. Además también existe en Uruguay el problema del sub-diagnóstico, es decir, hay enfermos que padecen estas enfermedades pero no tienen un diagnóstico oportuno ni un seguimiento adecuado por un equipo de especialistas en la materia. Tomando en cuenta estas consideraciones una cohorte de 59 es adecuada y significativa para el Uruguay.
- 3) Acerca del grado de severidad de la DLCO según ATS/ERS es de recibo. Si bien los investigadores decidieron utilizar otros puntos de corte y lo aclararon en el estudio, quizás hubiese sido más adecuado elegir los puntos de corte de ATS/ERS, que son los más utilizados internacionalmente.
- 4) El consentimiento informado no se menciona en el estudio. Es de recibo la llamada de atención en éste punto.
- 5) Acerca de las consideraciones del gráfico 2, no parece relevante la sugerencia. Los investigadores decidieron utilizar un tipo de gráfico que cumple adecuadamente con la función de informar rápidamente de las frecuencias relativas de los diferentes patrones imagenológicos.
- 6) Acerca del uso del término “lung dominant”, y su definición, así como el de “IPAF”, es de recibo que pueden generar algo de confusión para el lector. Debemos tener en cuenta que éstos términos han variado mucho en los últimos años, quedando en desuso el de “lung dominant” y tendiendo cada vez más al uso de IPAF, el cual tiene una definición estricta internacional según dominios clínico, serológico y morfológico. El manejo de los 2 términos en el estudio se puede entender porque los autores lo realizaron en un momento particular y coyuntural de la evolución en el uso de los términos mencionados. Son de esperar aún más cambios en éstas definiciones en los próximos años.
- 7) Es de recibo que la sigla NOC se refiere a neumonía organizada “criptogenética” y no a “crónica” en la nomenclatura internacional
- 8) No es de recibo la puntualización de que no se haya realizado una adecuada discusión multidisciplinaria. En los centros mencionados, la evaluación multidisciplinaria es la regla para este grupo de pacientes. Tengo conocimiento en particular que en uno de los centros mencionados, el Hospital Maciel, que aportó un número importante de pacientes para el estudio, se discuten estos casos en conjunto con neumólogos, internistas especializados en enfermedades autoinmunes, imagenólogos y patólogos en forma periódica y constante.