

¿Cómo afecta la espondilitis anquilosante a la función respiratoria?

La espondilitis anquilosante es una enfermedad sistémica y puede involucrar al aparato respiratorio de diversas formas. Así, no es rara la afectación directa del tejido pulmonar a lo largo de su curso evolutivo. En 1941 se comunicaron veinte de enfermos con espondilitis anquilosante y fibrosis de los vértices de los lóbulos pulmonares superiores (fibrosis pulmonar apical). Un posterior estudio retrospectivo de 1977 identificó este tipo de fibrosis en el 1,3% de los pacientes. La fibrosis pulmonar apical requiere un diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar, que también

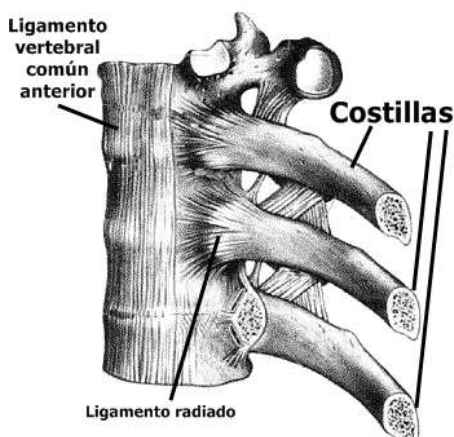


Medición de la excursión torácica en un paciente con espondilitis anquilosante.

puede provocar lesiones fibrosantes en los lóbulos superiores. Recientes estudios, empleando tomografía computarizada de alta resolución, encontraron lesiones del tejido pulmonar en el 40-50% de los pacientes con espondilitis anquilosante. Las radiografías simples, en cambio, sólo permiten detectar dichas lesiones en un 8-13% de los casos. En la espondilitis anquilosante se han descrito mayor frecuencia de dilataciones bronquiales (bronquiectasias), de engrosamiento pleural y de áreas de fibrosis en el tejido pulmonar (aparte de la fibrosis apical) con el consiguiente deterioro de la arquitectura de los alveolos y de los tabiques que los separan. El aumento de espesor, en forma de fibrosis

intersticial, reduce la elasticidad pulmonar y dificulta tanto la expansión del pulmón con la inspiración como la eliminación de aire con la espiración. Esta restricción de la función pulmonar reduce el intercambio de oxígeno. Casi todos los pacientes con espondilitis anquilosante y síntomas respiratorios presentan lesiones objetivas en los estudios con tomografía computarizada de alta resolución y / o en las pruebas funcionales respiratorias. Pero también se objetivan hasta

en el 38% de quienes están asintomáticos. Las apneas del sueño también son más frecuentes en la espondilitis anquilosante que en la población sana y contribuyen a reducir la presión de oxígeno en la sangre durante la noche, favoreciendo complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares además de aumentar la fatiga y somnolencia diurna.

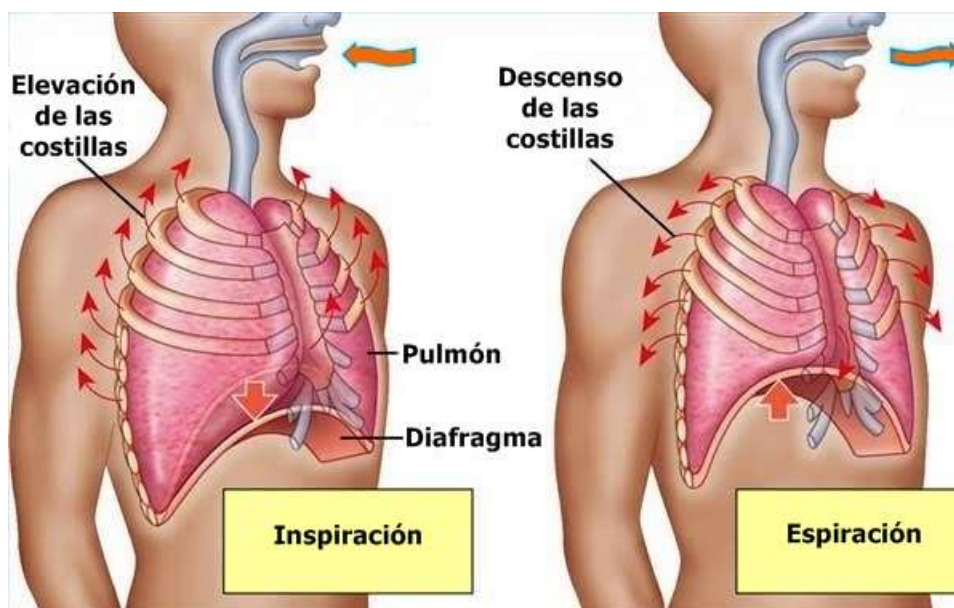


Articulaciones costovertebrales y sus ligamentos; junto con las costotransversas tienen un papel importante en los movimientos torácicos que acompañan la respiración.

La inflamación de las articulaciones del tórax, sobre todo las que unen las costillas a las vértebras, las costillas a los cartílagos costales y estos al esternón, limita sus movimientos y favorece una mayor restricción de la capacidad funcional pulmonar. La frecuencia de alteraciones funcionales respiratorias en la espondilitis anquilosante es del 20-57%

según distintos estudios y mayoría de los pacientes presentan un patrón restrictivo. No es fácil determinar la influencia de las lesiones del parénquima pulmonar y la contribución de la anquilosis de las articulaciones de la pared torácica, pues ambas coexisten y tienen efectos sumativos. Algunos estudios realizados en los últimos tres años muestran que la rigidez torácica supone cerca del 45% a la reducción de dicha capacidad pulmonar y está provocada principalmente por la anquilosis de las articulaciones costovertebrales y costotransversas, proceso que puede presentarse en la región dorsal desde tempranas etapas de la espondilitis anquilosante. Los ejercicios respiratorios y el precoz control de la actividad inflamatoria de la enfermedad es fundamental para evitar las lesiones de las articulaciones torácicas y evitar la pérdida de capacidad pulmonar.

Con la introducción de los tratamientos anti-TNF α ha disminuido de forma significativa la actividad inflamatoria de las espondiloartritis y se ha limitado significativamente la progresión del compromiso de la función respiratoria.



El 45% de la restricción en la capacidad funcional pulmonar en los enfermos con espondilitis anquilosante derivaría de la afectación de las articulaciones torácicas. Los movimientos costales están reducidos y la expansión del tórax es menor de lo normal.

Vigo, a 12 de enero de 2011

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
363603827 Reumatólogo

