



<https://www.revclinesp.es>

## 1025 - ESTUDIO COMPARATIVO DE GROSOR PLEURAL Y ALTERACIONES PLEURALES ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y SANOS

*Luis Fumana Idocin<sup>1</sup>, Jaime Rioja Rodríguez<sup>2</sup>, Belén Rubira Calvo<sup>2</sup>, Paula López de Turiso Giner<sup>2</sup>, Magarita Lesta Colmenero<sup>2</sup>, Fabiola Urquizar Ayén<sup>2</sup>, Angel Nicolás Aranda Alonso<sup>3</sup> y Andrea de Los Mozos Ruano<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. <sup>3</sup>Hospital de Alcañiz, Zaragoza, España.

### Resumen

**Objetivos:** Realizar un estudio comparativo para buscar diferencias en cuanto a grosor pleural, mayor número de áreas con irregularidad o presencia de áreas de consolidación entre pacientes con afectación pulmonar intersticial (EPI) y controles.

**Métodos:** Se realizaron ecografías a lo largo de 2 años en una consulta de enfermedades autoinmunes en un hospital de tercer nivel. Se exploraron 14 puntos torácicos y se realizaron 4 medidas de grosor pleural por paciente. Se clasificó el aspecto ecográfico pleural como normal, irregular, consolidación subpleural o derrame pleural y se consideró el mayor grosor pleural para cada paciente.

**Resultados:** Se realizaron 95 ecografías. La mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico de esclerodermia. Aproximadamente la mitad de las mismas se realizó con menos de 1 año de evolución de la enfermedad. La media de grosor pleural fue de 1,4 mm (0,52) (tabla 1) Se realizó un test de Mann-Whitney ( $p = 0,420$ ) que no halló diferencias significativas en la media del grosor pleural máximo entre pacientes con EPI y controles. Sin embargo, se halló una correlación fuerte entre el sumatorio total de líneas B y el número de áreas con pleura irregular así como una correlación moderada entre el grosor pleural máximo y la afectación pulmonar medida en sumatorio de líneas B y nº de áreas pleurales irregulares (tabla 2).

Tabla 1

	n	95
Diagnóstico (%)		
SS difusa	28 (30,1)	

SS limitada	48 (51,6)
Otro	17 (18,3)
Suma líneas B (media (DE))	23,00 (30,08)
Nº áreas pleura irreg (media (DE))	5,55 (4,10)
Medida pleural (media (DE))	1,40 (0,52)
consolidación subpleural = Sí (%)	41 (44,1)
Años de evolución (media(DE))	6,70 (6,39)
Sumatorio líneas B	
Nº áreas pleurales irregulares	
Nº áreas pleura irregulares	0,827*** (p 0,001)
Medida pleural máxima	0,418*** (p 0,001)
	0,400***(p 0,001)



**Discusión:** Un hallazgo llamativo de nuestro estudio es que la media del grosor máximo pleural fue de 1,4 mm (0,52). En la literatura publicada previamente se han descrito medidas superiores a 2,8 mm como patológicas y las próximas a 1,3 mm como normales<sup>1</sup>. Sin embargo, estas mediciones son resultado de estudios que mayoritariamente han utilizado sondas convexas para la evaluación del pulmón y la pleura. En nuestro estudio utilizamos una sonda Butterfly iQ con los preset de "pulmón" y "vascular" para analizar la presencia de líneas B y hacer mediciones pleurales respectivamente. Creemos que el análisis del grosor pleural o las irregularidades pleurales con un preset abdominal y una sonda convex son menos precisas que el realizado de esta forma y por tanto que las medidas descritas para la patología pleural en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas han de ser revisadas. Por otra parte, comprobamos que el número de áreas en las que se aprecia una pleura irregular tiene buena correlación el sumatorio total de líneas B que presenta cada paciente por lo que se podría incorporar su análisis a la valoración de estos pacientes.

**Conclusiones:** La medida de grosor pleural no fue distinta entre pacientes con afectación EPI y sin EPI. Las medidas descritas hasta la fecha puede que no sean del todo precisas y son necesarios estudios realizados con equipos y configuraciones más adecuadas para la valoración pleural. El sumatorio de áreas con irregularidades pleurales en cada paciente puede ser útil en la valoración de la presencia o no de EPI.

## Bibliografía

- 1.Moazedi-Fuerst FC, Zechner PM, Tripolt NJ, *et al.* Pulmonary echography in systemic sclerosis. Clinical Rheumatology, 2012;31(11):1621-15. <https://doi.org/10.1007/s10067-012-2055-8>