

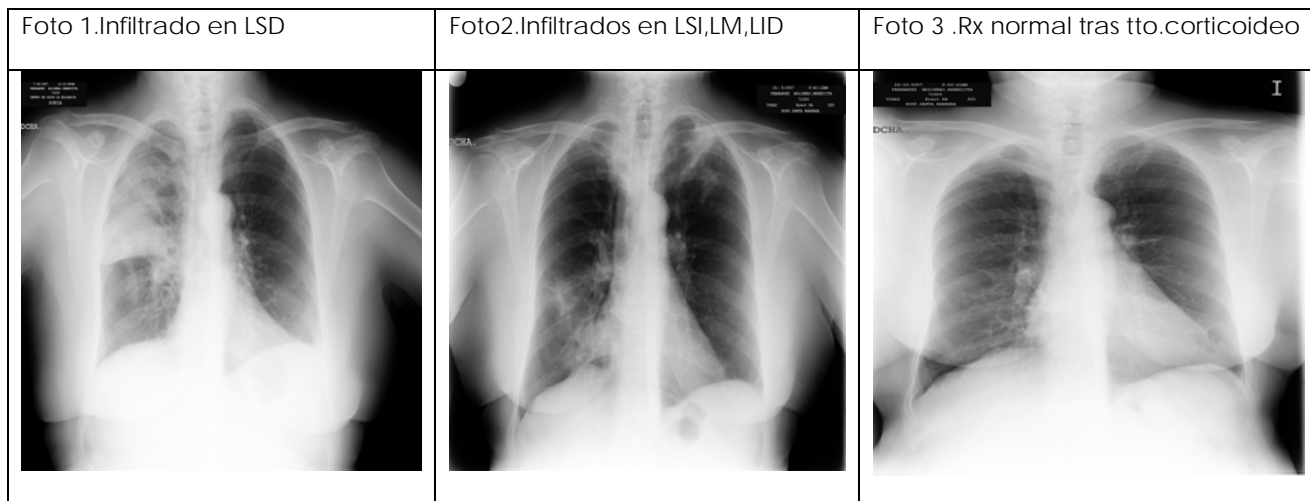
¿NEUMONÍA POR HAEMOPHILUS INFLUENZA DE LENTA RESOLUCIÓN O UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA DISTINTA? : NEUMONIA ORGANIZADA CRIPTOGENÉTICA O BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONIA ORGANIZADA. Dra.M^a Isabel Ramos Cancelo. Neumología (Hospital Santa Bárbara.SORIA)

CASO CLÍNICO :

Paciente de 67 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de dispepsia y un dolico colon, intervenida quirúrgicamente de hallus valgus e histerectomizada. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro Centro por presentar un cuadro de astenia y malestar general de unos meses de evolución, que empeoró en el último mes y que en las tres últimas semanas se acompañó de fiebre termometrada, diaria, de predominio vespertino, con tos sin expectoración.

Dada la larga evolución de su proceso, se decide ingresar en nuestro Servicio. A su ingreso, la paciente estaba afebril y presentaba tensiones de 120/60 y una saturación basal con pulsioximetría del 93%; no presentaba adenopatías locorregionales a ningún nivel y en la exploración física únicamente destacaban unos crepitantes en campo posterosuperior derecho. En la analítica solicitada al ingreso destacaba una LDH de 238 u/m, PCR 87 (0-5) y una VSG de 50 mm; la Rx de tórax mostraba un aumento de densidad de aspecto parenquimatoso y alveolar en LSD, delimitado por cisura (foto 1). Se solicitaron cultivos de esputo y antigenuria frente Legionella y Neumococo que fueron negativos. Se comenzó tratamiento antibiótico empírico con Levofloxacino 500mg/12 horas intravenosos y se solicitó un TAC en el que únicamente se observaba una consolidación a nivel del LSD con broncograma aéreo en su interior, en esa zona con áreas hipodensas, sin que pudiera descartarse cavitación. Dada la escasa mejoría clínica de la paciente (persistía la afectación del estado general y la febrícula), se decide realizar broncoscopia, en la que había escasa secreción serosa espumosa, la mucosa era de aspecto normal, equimosis tras la tos, con orificios permeables, sin estenosis ni masas; tampoco se observaron lesiones ni secreciones a nivel del LSD. Se realizó un BAS para Anatomía Patológica que fue negativo; un BAS para Microbiología donde crecieron entre 1000-10.000 UFC/ml de *Haemophilus parainfluenzae* (con antibiograma: sensible a Ampicilina, Cefuroxima y Cefotaxima y resistente a Levofloxacino) y un cepillado bronquial telescópico que fue negativo. Se decide modificar antibioterapia con Cefotaxima intravenosa y se continúa de forma secuencial con Cefuroxima, con mejoría clínica y radiológica del infiltrado en más de un 70%. Es dada de alta a los 15 días de ingreso hospitalario con el diagnóstico de neumonía en LSD por *Haemophilus parainfluenzae* y citado en consulta en 3 semanas para controlar evolución.

A las 3 semanas, que acude a consulta, la paciente sigue refiriendo malestar general, astenia y en ocasiones opresión centrotorácica inespecífica y ningún otro dato clínico relevante. En la exploración física destacaban unos crepitantes en base derecha. Se realizó una Rx de tórax ese mismo día que mostró infiltrados de características alveolares en LSI, LM y LID, con resolución completa del infiltrado en LSD que presentó durante el ingreso (Foto 2). En la analítica presentaba una VSG de 57 mm, PCR 57 (0-5), Ig E: 152 (1-99), con estudio inmunológico (ANAs, autoanticuerpos, inmunoglobulinas, complemento) normal. La espirometría mostraba un trastorno obstructivo leve. Con la sospecha clínica de bronquiolitis obliterante se realiza una segunda broncoscopia, con lavado bronquioloalveolar de B9 derecho (instilándose 150 cc de suero salino fisiológico, recuperándose unos 35-40 cc). Se mandaron muestras para Microbiología (negativos para bacterias, micobacterias y hongos), Anatomía patológica (Negativa para células malignas) y determinación de poblaciones linfocitarias: CD4 24% (39-50%), CD8 19% (22-27%) y cociente CD4/CD8 1.26 (1.40-1.80). Se tomaron 4 biopsias transbronquiales de B9 derecho con presencia de alveolos con neumocitos descamados y septos alveolares que aparecen engrosados e irregulares, ocupados por material eosinófilo, sin signos histológicos de especificidad. Se observó la presencia de ocasionales linfocitos dispersos. Aunque los hallazgos parecían compatibles con BONO, se propone a la paciente biopsia pulmonar quirúrgica que rechaza, decidiéndose iniciar tratamiento con corticoides a dosis de 1mg/kg/día de prednisona. Al mes es citada en consulta con importante mejoría clínica, con auscultación pulmonar normal y con Rx de tórax normal. Actualmente la paciente está con 5 mg de prednisona a días alternos sin haberse evidenciado nuevos infiltrados en las Rx de tórax de control (foto 3).



DISCUSIÓN:

Clásicamente esta enfermedad ha sido llamada bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, debido a que la neumonía organizada es la principal característica de la enfermedad. Puede ser idiopática (más del 50% de los casos) o secundaria a infecciones, enfermedades del tejido conectivo, neumonitis por hipersensibilidad, infecciones, fármacos, drogas o tratamiento radioterápico^{1, 2}.

Suele manifestarse entre los 50 y los 60 años, y su comienzo suele ser insidioso, con tos, disnea progresiva, fiebre (que motiva su confusión con infecciones respiratorias), astenia, malestar general y pérdida de peso. En la exploración física destacan los crepitantes. Puede haber leucocitosis con neutrofilia y aumento de VSG y PCR y las imágenes radiológicas son de consolidaciones uni o bilaterales, en ocasiones migratorias y recidivantes, aunque pueden aparecer imágenes nodulares y nodulilares. La presencia de consolidaciones peribronquiales en el TACAR, el lavado bronquioloalveolar que suele mostrar linfocitosis marcada, a menudo asociada con moderada neutrofilia y/o eosinofilia, junto con cociente linfocitos T CD4/CD8 disminuido, ayudan al diagnóstico.³

El diagnóstico de confirmación requiere un cuadro clínico-radiológico compatible y la demostración histológica de neumonía organizada en las muestras de biopsias transbronquial o quirúrgica.³

Suele tener buena evolución con glucocorticoides orales a dosis de 1mg /kg/día de peso, con descenso progresivo de las dosis hasta 5-10mg /día en días alternos hasta la resolución clínica, radiológica y funcional. Se requieren habitualmente entre 6-12 meses para llegar a esta situación, teniendo en cuenta que con las recaídas deben aumentarse los corticoides; sin que estas modifiquen el pronóstico a largo plazo.^{2, 3}

BIBLIOGRAFÍA :1. Ryu JH, Myers JL, Swensens SJ. Bronchiolar disorders. Am J Resp Crit Care Med 2003 (Vol 168) : 1277-1292.

2. Segado Soriano A, Sánchez Osuna L, Bioque Rivera. Enfermedad pulmonar difusa II: sarcoidosis. Alveolitis alérgica extrínseca. Neumonía organizada criptogénica. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología Ed. 2006. Cap 33 :373-385).

3. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol 2003 : 39(12): 580-600.