

Neumonía en organización criptogénica

Autores: Hugo Karlen, Marcos Hernández, Marcela Heres

Sanatorio Güemes - Buenos Aires

Correspondencia:

Hugo Karlen
Domicilio postal: calle 42, N.707e/ 9 y diag.77. Piso 1 "D".
Ciudad de La Plata (CP 81902AHC)
Tel.: 0221-15-5957055
E-mail: hugokarlen@hotmail.com

Recibido: 04.09.2015
Aceptado: 10.11.2015

Caso clínico

Paciente femenina de 63 años, no tabaquista. Consulta por disnea MRC 3, tos y dolor en puntada de costado de 15 días de evolución. En el examen físico Sat.O₂ 94%, afebril, hipoventilación bibasal, sin ruidos agregados. La TC de tórax muestra ocupación del espacio aéreo alveolar difuso y parcheado, bilateral y asimétrico, con broncograma aéreo y derrame pleural bilateral (Figura 1). El laboratorio arroja anemia e hipoxemia, ERS 55 mm, PCR 8,1 mg/dl, LDH 398 UI/l. Inicia tratamiento antibiótico, los cultivos de sangre y esputo son negativos.

Presenta registro febril, se realiza FBC con toma de BAL y LB, y pleurocentesis, siendo un exudado no complicado. Se escala en el esquema antimicrobiano. Las muestras de cultivo y citología son negativas para gérmenes comunes, BAAR y células atípicas. Evoluciona con mejoría parcial del cuadro clínico. En TC de control a los 20 y 45 días (Figuras 2 y 3), presenta patrón de consolidación parcheada bilateral nodular, predominio

sub-pleural y peribronquial, con persistencia de derrame pleural, asimétrico.

Se realiza biopsia mediante punción guiada por TC, debido a negativa a someterse a otro procedimiento, que muestra parénquima con infiltrado inflamatorio linfocitario y fibrosis con focos de organización, compatible con neumonía en organización criptogénica.

Discusión

La neumonía organizada se clasifica como primaria o criptogénica (NOC), también llamada bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, o secundaria, asociada a diferentes entidades, enfermedades del colágeno, infecciones, toxicidad por drogas y radiación, etc¹. La NOC se presenta entre los 50-60 años, en ambos sexos, siendo dos veces más frecuente en no fumadores o ex-tabaquistas^{2, 3}. Se manifiesta con tos seca, febrícula, malestar general y disnea, similar a un cuadro infeccioso^{1, 3}, de 2 semanas a 6 meses de evolución⁴. Otras manifestaciones son anorexia, pérdida de peso, dolor torácico, artral-

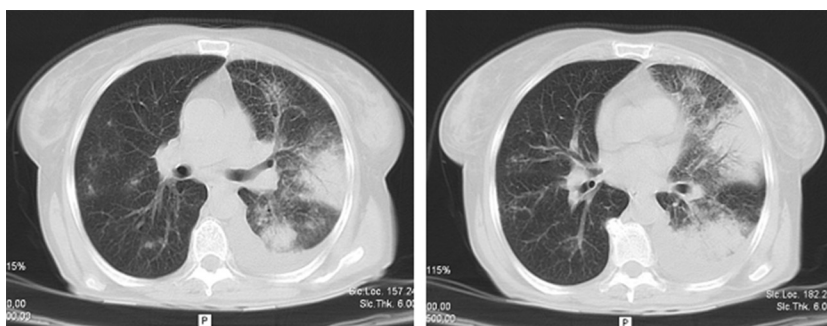
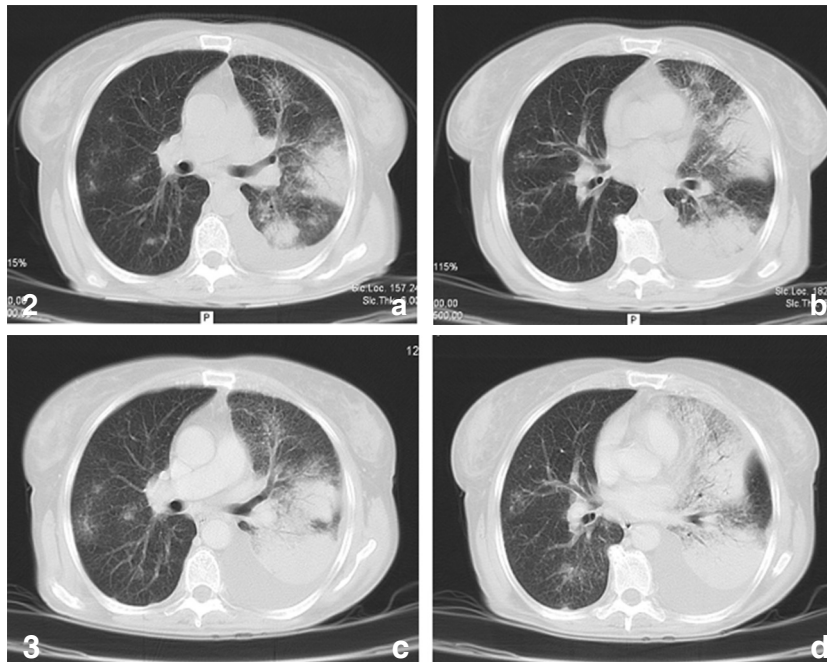


Figura 1. TC inicial.



Figuras 2 (a y b) y 3 (c y d). TC a los 20 y 45 días.

gias, diaforesis y hemoptisis^{2, 3}. El examen físico puede ser normal, presentar rales crepitantes secos dispersos, en ausencia de *clubbing*². Los hallazgos en la TC de tórax pueden dividirse en tres: típico, focal e infiltrante^{2, 3}, siendo normal en menos del 10%^{3, 4}. La NOC típica presenta múltiples imágenes alveolares con broncograma (80%) o vidrio esmerilado (60%) parcheada, bilateral, subpleural y migratoria. Nódulos o masas centrales, únicas, mal definidas forman el segundo patrón que predomina en lóbulos superiores y pueden cavitarse². La forma infiltrante se caracteriza por opacidades reticulares y alveolares, poligonales, bordeando los septos interlobulares, basales³. Existen reportes de patrón micronudular, signo del halo invertido y neumatocele². El derrame pleural no es un hallazgo característico⁴, descrito hasta en el 30%, unilateral o bilateral³. Una serie comparó hallazgos en TC de 61 pacientes con formas idiopática y secundaria, lo describe en el 7 y 19%, respectivamente¹. El grupo de Cordier lo observó en el 22% de los casos². Vasu y col. no encontraron compromiso pleural en 13 pacientes con NOC, sí en el 60% de los de causas secundarias, describen derrame pleural escaso, nunca masivo⁵. El tratamiento se basa en corticoides en las idiopáticas y de la condición subyacente en las secundarias^{4, 5}.

Conclusión

El diagnóstico del NOC se basa en la presentación radiológica típica, la demostración del patrón histológico y la exclusión de causas secundarias³. Se destaca dentro del patrón en la TC la presencia de derrame pleural infrecuente.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no tiene conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Bibliografía

1. Drakopanagiotakis F, Paschalaki K, Abu-Hijleh M et al. Cryptogenic and Secondary Organizing Pneumonia. Clinical Presentation, Radiographic Findings, Treatment Response, and Prognosis. *Chest* 2011; 139(4): 893-900.
2. Cordier J. Cryptogenic organising pneumonia. *Eur Respir J* 2006; 28: 422-446.
3. Cottin V, Cordier J. Cryptogenic Organizing Pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med* 2012; 33:462-475.
4. Lynch J. Rare Interstitial Lung Diseases: Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis, Lymphangioleiomyomatosis, and Cryptogenic Organizing Pneumonia. 25th Ed. Illions: ACCP Pulmonary Medicine Board Review, 2009, pp. 585-618.
5. Vasu T, Cavallazzi R, Hirani A et al. Clinical and Radiologic Distinctions between Secondary Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia and Cryptogenic Organizing Pneumonia. *Respir Care* 2009; 54(8): 1028-1032.