

Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 5, núm. 1)

(Medicina de Familia (And) 2004; 5: 54)

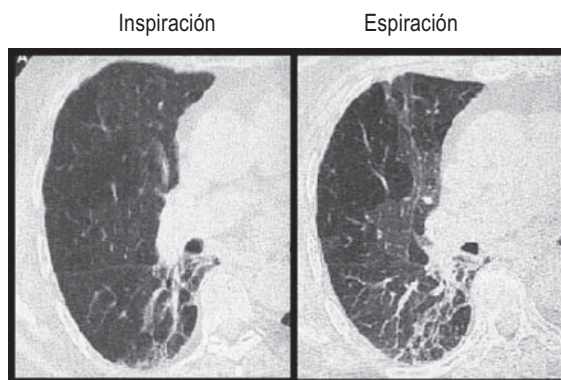
Respuestas correctas: a) 3; b) 3

Diagnóstico

El paciente se derivó al Servicio de Neumología del Hospital Universitario Reina Sofía, ante la sospecha de Bronquiolitis Obliterante (B.O), realizándose TAC de alta resolución (TACAR) en espiración, donde se evidenció un patrón de «perfusión en mosaico», que pone de manifiesto áreas hiperinsufladas e hipovascularizadas, incrementando aún más la sospecha clínica.

TAC de alta resolución

- Patrón de «perfusión en mosaico» (zonas de disminución de la atenuación por atrapamiento aéreo, y zonas de atenuación normal o aumentada)



DISCUSIÓN

Probablemente la principal problemática de esta entidad será la que nos planteé desde el punto de vista de diagnóstico diferencial con otras enfermedades respiratorias que provocan obstrucción de la vía aérea. Así debemos considerar las siguientes entidades:

1) La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible, esta limitación es por lo general progresiva y se asocia con una respuesta pulmonar anormal a partículas o gases nocivos, entre los cuales el tabaco es el agente responsable en más del 90% de los casos de EPOC, por lo que en su ausencia y sin existir otro factor de exposición medioambiental debe dudarse de su diagnóstico.

2) Respecto al Asma Bronquial, es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por una inflamación de las vías aéreas, con hiperrespuesta frente a una amplia variedad de estímulos y obstrucción bronquial reversible. La triada clínica clásica consta de disnea, tos y sibilancias, y su inicio es a edades tempranas. Responde a terapia broncodilatadora y antiinflamatoria.

3) La fibrosis pulmonar en la enfermedad reumatoidea se presenta con una prevalencia del 2-10%, clínicamente se caracteriza por disnea de esfuerzo, y en ocasiones asociada con tos y dolor pleurítico. A diferencia de la B.O., en la radiografía de tórax encontramos un característico patrón reticular fino o reticulonodular, localizado típicamente en bases pulmonares, que puede evolucionar hacia una fibrosis masiva dando la imagen en «panal de abejas», y funcionalmente se distingue por presentar un defecto ventilatorio restrictivo.

4) Bronquiolitis Obliterante con Neumonía Organizada (BONO), con una clínica similar a la B.O., pero con presentación radiológica y funcional distinta. Aunque ambas se caracterizan por afectación de los bronquiolos respiratorios, la BONO se manifiesta como una consolidación parcheada bilateral, no segmentaria o infiltrado en vidrio deslustrado, con afectación alveolar (neumonía organizada), y un patrón funcional restrictivo.

5) La BRONQUIOLITIS OBLITERANTE, presenta una baja prevalencia, con etiologías muy variadas (idiopática, drogas, infecciones virales, trasplante pulmonar, cardíaco o médula ósea, tóxicos inhalados, o conectivopatías). Clínicamente se caracteriza por disnea de esfuerzo, que a diferencia de otras enfermedades obstructivas de la vía aérea es de evolución subaguda, con tos seca. En la espirometría simple presenta una obstrucción que típicamente no revierte a broncodilatadores. El diagnóstico de sospecha se basa en los antecedentes personales, en nuestro caso la ausencia de hábito tabáquico y la presencia de artritis reumatoide, que sumado a los hallazgos radiográficos y funcionales, aumentan la sospecha de esta entidad. Se estableció una mayor sospecha diagnóstica mediante la realización de un TACAR donde se puso de manifiesto las áreas de hiperinsuflación (patrón de «perfusión en mosaico»), no siendo necesario en esta ocasión la realización de biopsia transbronquial o biopsia abierta para su confirmación histopatológica. Finalmente referir que existe una mala respuesta al tratamiento, que consiste en la administración de corticoides y/o inmunosupresores si fuera necesario. El pronóstico es malo, con deterioro progresivo de la función respiratoria.