

UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA NEUMONIA EOSINOFILA CRONICA

M.J. MARTI, A. AGUSTI GN, A. XAUBET, J. SOPEÑA, J.M. MONTSERRAT y A. AGUSTI VIDAL

Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria.
Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

Se presenta el caso de una paciente afecta de neumonía eosinófila crónica (NEC) que, tras iniciar tratamiento corticoideo, presentó una evolución clínico radiológica correcta. Tras resaltar la rareza de esta entidad nosológica, se subraya el interés diagnóstico que comporta el lavado broncoalveolar en la NEC.

Usefulness of bronchoalveolar washing in the diagnosis of chronic eosinophilic pneumonia

A case of a woman with chronic eosinophilic pneumonia (CEP) who showed a good clinical and radiological evolution after corticosteroid therapy is reported. The rarity of this condition is emphasized, stressing the diagnostic usefulness of bronchoalveolar washing.

Arch Bronconeumol 1984; 20:207-209

Introducción

La neumonía eosinófila crónica (NEC) es una entidad nosológica que cursa con fiebre, afectación del estado general e infiltrados pulmonares periféricos cambiantes, en la que la eosinofilia periférica no es un dato constante^{1,2}. El diagnóstico definitivo depende del estudio anatomopatológico del material obtenido por biopsia pulmonar^{2,3}. No obstante, algunos autores sugieren que las manifestaciones clínico-radiológicas y una respuesta espectacular al tratamiento corticoideo, son suficientes para establecerlo². Recientemente hemos tenido ocasión de comprobar la utilidad diagnóstica del lavado broncoalveolar (LBA) en una paciente afecta de NEC. Dado que se trata de una técnica de reciente introducción con una morbilidad asociada poco importante⁴, creemos que el LBA puede ser utilizado como método diagnóstico alternativo a la práctica de una biopsia pulmonar.

Observación clínica

Mujer de 77 años, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas, que desde los 69 años refería la presencia de rinitis, epífora y crisis estornutatorias. Cuatro meses antes de su ingre-

so inició un cuadro de astenia, anorexia, tos irritativa, sudoración nocturna y sensación febril no termometrada. Dos meses más tarde, al añadirse dolor de características pleurales en el hemitórax derecho, se practicó una radiografía de tórax que evidenció la presencia de una condensación parenquimatosa de características alveolares en el lóbulo superior derecho (fig. 1).

A pesar del tratamiento inicial con penicilina (10 días), y posterior con eritromicina (9 días), no se observó ninguna mejoría

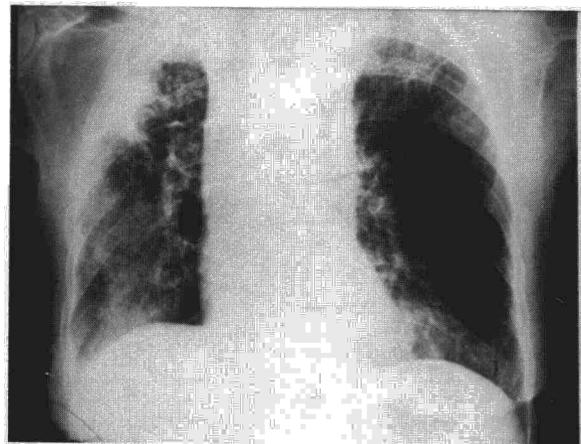


Figura 1

Recibido el 12-1-1984 y aceptado el 24-3-1984.

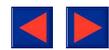


Figura 2

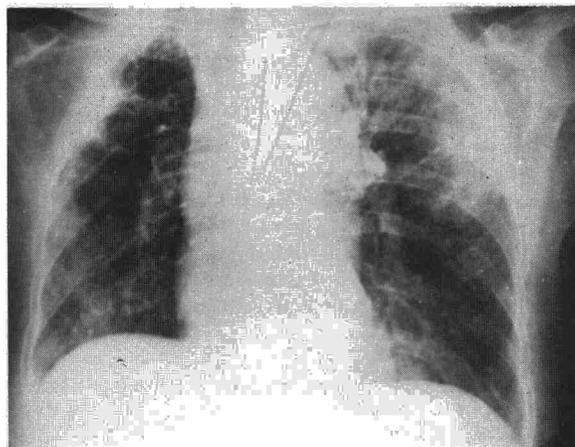


Figura 3

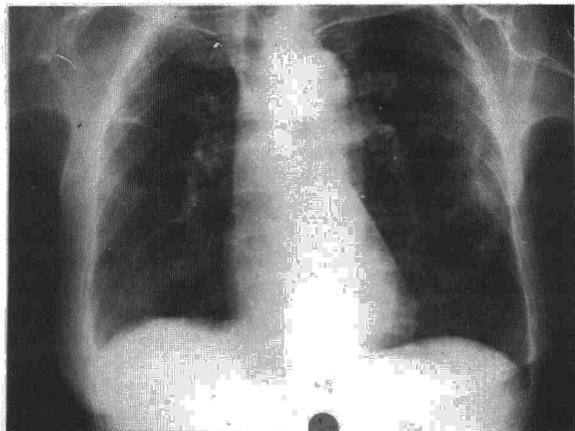


Figura 4

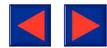
clínica o radiológica, por lo que fue remitida a nuestro hospital. A su ingreso la tensión arterial era de 130/70 mmHg, el pulso de 88 latidos por minuto y la temperatura axilar de 37,5° C. Existía una moderada afectación del estado general y se auscultaban estertores crepitantes en la base del hemitórax derecho. El resto de la exploración física fue normal. La analítica general mostraba una VSG de 84 mm a la 1.ª hora y una hemoglobina

de 10,9 g/dl. La fórmula leucocitaria fue normal. Los hemocultivos en medio aerobio y anaerobio, así como el cultivo de esputo y del broncoaspirado (incluido en medio de Löwenstein) fueron repetidamente negativos, como lo fueron las determinaciones de latex, Waaler-Rose y anticuerpos antitumorales. Los valores de C₃, C₄ y CH₅₀, así como los de las precipitinas para arpergillus y serología para ascariis y toxocara, fueron normales. La búsqueda de parásitos en heces resultó infructuosa. El estudio radiológico demostró la naturaleza periférica y cambiante de los infiltrados pulmonares (figs. 2 y 3). Se efectuó un LBA que evidenció la presencia de eosinofilia alveolar (9 %); el resto de la celularidad obtenida fue normal. A las 48 horas de iniciar el tratamiento con prednisona (25 mg/día), la paciente se encontraba totalmente asintomática; cuatro días después se objetivó la práctica desaparición de la imagen radiológica (fig. 4).

Discusión

Las células y proteínas derivadas del epitelio alveolar son similares en tipo, proporción y función a las del intersticio pulmonar⁵, por lo que el LBA adquiere su máxima utilidad en el diagnóstico de la patología pulmonar intersticial⁵. Además dado que su práctica conlleva un mínimo discomfort y morbilidad, el LBA se ha revelado como un procedimiento útil en el seguimiento evolutivo de dicha patología. El LBA en individuos normales muestra una celularidad alveolar compuesta por macrófagos (93 ± 5 %), linfocitos (7 ± 1 %) y en una pequeña proporción neutrófilos, basófilos y eosinófilos (1 %)⁵. En condiciones normales, estos últimos comportan únicamente un 0,17 ± 0,23 %⁶; algunos autores consideran que existe eosinofilia alveolar si su porcentaje supera el 0,63 %⁷. En el asma, la NEC, sarcoidosis, histiocitosis X y en algunas colagenosis, puede ser superior al 4 %⁷. Hay que señalar, además, que en la NEC la eosinofilia es habitualmente pulmonar, sin que se traduzca en sangre periférica^{6,7}.

Carrington et al señalaron que las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiológicos, junto a una rápida respuesta al tratamiento corticoideo permitían el diagnóstico de presunción de NEC². Sin embargo, la mayoría de autores creen que la práctica de una biopsia pulmonar es necesaria para su confirmación. Nuestra paciente, que no presentaba historia de asma ni una respuesta broncodilatadora positiva, tenía manifestaciones clínico-radiológicas altamente sugestivas de NEC. Aunque siguiendo a Carrington et al, el inicio del tratamiento corticoideo se hallaba plenamente justificado, decidimos practicar un LBA con el fin de intentar objetivar la presencia de eosinofilia alveolar, confirmando el diagnóstico de NEC y evitando a la enferma la realización de una biopsia pulmonar. El hallazgo de un 9 % de eosinófilos en el estudio citológico del material obtenido, confirmó nuestra hipótesis diagnóstica. Dada la escasa morbilidad y nula mortalidad asociados al LBA⁴, así como su excelente tolerancia y alto grado de sensibilidad y especificidad⁵, creemos que esta técnica puede constituir una opción diagnóstica válida.



da a la biopsia pulmonar, por lo que proponemos su empleo rutinario en aquellos pacientes portadores de manifestaciones clínico-radiológicas sugestivas de NEC.

BIBLIOGRAFIA

1. Leibow AA, Carrington CB. The eosinophilic pneumonias. *Medicine* 1969; 48:251-285.
2. Carrington CB, Addington WW, Goff AM et al. Chronic eosinophilic pneumonia. *N Eng J Med* 1969; 280:787-798.
3. Galofré M, Rodríguez Méndez F, Agustí A, Pulido M. Infiltrado pulmonar con eosinofilia «Neumonía eosinófila crónica». Presentación de un caso. *Med Clín* 1973; 88:447-451.
4. Strumpf IJ, Kayfeld M, Cornelius MJ, Keogh BA, Crystal RG. Safety of fiberoptic bronchoalveolar lavage in evaluation of interstitial lung disease. *Chest* 1981; 80:268-271.
5. Crystal RG, Gadek JE, Ferrans VJ, Fulmer JD, Line DR, Hunninghake GW. Interstitial lung disease: current concepts of pathogenesis, staging and therapy. *Am J Med* 1981; 70:542-568.
6. Grandordy B, Hubert D, Jaubert F, Huchon G, Marsac J. Eosinophilus in bronchoalveolar lavage: normal rates and changes in disease states. *Eur J Respir Dis* 1982; 63 (suppl):130.
7. Grandordy B, Hubert D, Marsac J, Chrétien J. Relationship between alveolar eosinophilus and blood eosinophilus in bronchopulmonary diseases. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127 (suppl):142.