



Archivos de Bronconeumología

www.archbronconeumol.org



Introducción

La clasificación de las neumonías intersticiales idiopáticas es objeto de controversia actualmente y está siendo revisada. Las razones para ello son varias. Así, la bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial, y en menor medida la neumonía intersticial descamativa, están íntimamente ligadas al consumo de tabaco y, quizá, deberían incluirse dentro de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas de etiología conocida. La neumonía intersticial linfóide, por su parte, es un proceso linfoproliferativo, asociado a menudo a infección por VIH, a linfomas u otras entidades clínicas. Por último, algunos autores opinan que la neumonía organizada no debe incluirse dentro de las neumonías intersticiales al afectar esencialmente a las vías aéreas distales.

La forma de establecer un diagnóstico correcto de las neumonías intersticiales idiopáticas es a través de un proceso dinámico. Sus características pueden ser revisadas varias veces durante el proceso diagnóstico, a medida que se van conociendo más datos de la historia clínica o de la radiología, se descubren nuevas asociaciones o se conocen los resultados de la biopsia pulmonar o del lavado broncoalveolar. El diagnóstico final sólo podrá ser alcanzado después de que se integren todos los datos procedentes de la clínica, radiología y anatomía patológica. Es por ello fundamental disponer de un equipo multidisciplinar de neumólogos, radiólogos y patólogos con contrastada experiencia en el diagnóstico de estas enfermedades.

Las manifestaciones clínicas de las neumonías intersticiales idiopáticas son inespecíficas y no permiten establecer el diagnóstico de una entidad clínica en concreto. La exploración de imagen por excelencia, imprescindible para el diagnóstico de las neumonías intersticiales idiopáticas, es la tomografía axial computerizada de alta resolución (TCAR). Es fundamental que esta exploración se realice con una técnica depurada para, por un lado, obtener la mayor información posible y, por otro, reducir la dosis de radiación al paciente. Actualmente, pueden obtenerse estudios de alta resolución con la técnica clásica (secuencial) o helicoidal, pero esta última ocasiona más irradiación. Asimismo, el lavado broncoalveolar se ha utilizado ampliamente en la valoración diagnóstica de las neumonías intersticiales idiopáticas. Aunque no existan hallazgos típicos de una enfermedad en concreto, permite orientar el diagnóstico, sobre todo en los casos en que no se dispone de muestras histológicas pulmonares.

El papel de la biopsia transbronquial es controvertido en el diagnóstico de las neumonías intersticiales idiopáticas. Su interés primordial es el de excluir la sarcoidosis y otras afecciones clínicas que pueden mostrar patrones compatibles desde el punto de vista clínico, como las neumonitis por hipersensibilidad, infecciones o histiocitosis de células de Langerhans, por ejemplo. El diagnóstico morfológico de patrón de neumonía organizativa o daño alveolar difuso puede servir como confirmatorio en algunos casos con características clínicas y radiológicas de neumonía organizada o neumonía in-

tersticial aguda. Existen series recientes, sin embargo, en las que se pone de manifiesto la utilidad de la biopsia transbronquial para el diagnóstico del resto de las neumonías intersticiales idiopáticas, siempre y cuando se conozcan y se analicen en conjunto todos los datos obtenidos de las pruebas radiológicas, clínicas y patológicas.

Si no hay contraindicaciones, debe practicarse una biopsia pulmonar quirúrgica en los pacientes con neumonía intersticial idiopática que no muestran el patrón clínico y radiológico clásico de la fibrosis pulmonar idiopática/neumonía intersticial usual o en algunos casos de neumonía organizada. Es preciso clarificar la relación entre los términos anatomopatológicos y los clínicos, y para ello deben definirse unos patrones histológicos que son los que proporcionan la base para el diagnóstico final, ya que los patrones morfológicos permiten una mejor separación de las diferentes entidades que los patrones radiológicos. Siempre que sea posible deben obtenerse muestras de más de un lóbulo pulmonar. Además, si el pulmón muestra fibrosis evolucionada con panalización, las muestras no deben proceder de las áreas con mayor afectación. Por otro lado, si el parénquima no muestra fibrosis extensa, deben obtenerse muestras de las áreas anormales. En ocasiones el diagnóstico patológico deberá ser revisado en función de una evolución clínica inesperada, la identificación de una causa potencial de fibrosis pulmonar o de respuesta anómala al tratamiento.

Existen casos que permanecen inclasificables después de aplicar todo el protocolo diagnóstico. Lo más frecuente es que falte alguna pieza clave o que exista alguna discrepancia entre los datos clínicos, radiológicos o patológicos. Las posibles causas pueden ser información clínica o radiológica insuficiente, biopsia inadecuada o no diagnóstica (tamaño o muestreo), discrepancia de datos, tratamientos previos que alteran la imagen radiológica o patológica, y discrepancia entre los hallazgos de diferentes lóbulos.

En este Consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y de la Sociedad Española de Imagen Cardio Torácica (SEICAT), se exponen las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas de las neumonías intersticiales idiopáticas. Los autores pretenden que el Consenso sea un documento de utilidad clínica que permita unificar los criterios esenciales para el diagnóstico de estas enfermedades.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Julio Ancochea, Javier Gómez, José Vilar, Antoni Xaubet