



Nota clínica

Proteinosis alveolar. Respuesta al tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos por vía inhalada

José Antonio Rodríguez Portal*, Eulogio Rodríguez Becerra y Antonio Sánchez Garrido

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de enero de 2008

Aceptado el 21 de febrero de 2008

On-line el 10 de febrero de 2009

Palabras clave:

Proteinosis alveolar pulmonary

GM-CSF

Aerosolterapia

RESUMEN

La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una rara enfermedad que se caracteriza por la acumulación en el alvéolo pulmonar de un material lipoproteico derivado del surfactante alveolar, lo que provoca el consiguiente deterioro del intercambio gaseoso. Su patogenia está relacionada con alteraciones en la capacidad fagocítica del macrófago alveolar. Desde hace pocos años existe un nuevo tratamiento para la PAP consistente en la administración de factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) por vía subcutánea. El tratamiento comúnmente aceptado y que ha demostrado mayor eficacia en la PAP es el lavado pulmonar total. Una alternativa a este tratamiento es la administración por vía inhalada en aerosolterapia de este factor. La administración del GM-CSF por vía inhalada es segura y eficaz para el tratamiento de la PAP y supone una alternativa al tratamiento con lavado pulmonar total y GM-CSF por vía subcutánea. Presentamos un caso de PAP tratada con GM-CSF por vía inhalada y su evolución clínica y funcional tras un año de tratamiento.

© 2008 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Response to Inhaled Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor in a Patient With Alveolar Proteinosis

ABSTRACT

Pulmonary alveolar proteinosis is a rare disease characterized by the accumulation of lipoproteinaceous material derived from alveolar surfactant in the alveoli, with a consequent deterioration in gas exchange. Pathogenesis is related to impaired phagocytic function of alveolar macrophages. In recent years, a new treatment for pulmonary alveolar proteinosis—consisting of subcutaneous administration of granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF)—has become available. The commonly accepted treatment, and the one to have shown greatest efficacy in pulmonary alveolar proteinosis, is whole lung lavage. Instead of subcutaneous administration, GM-CSF can also be inhaled as an aerosol. This route of administration of GM-CSF is safe and effective in the treatment of pulmonary alveolar proteinosis and represents an alternative to subcutaneous administration or whole lung lavage. We present a patient with pulmonary alveolar proteinosis who was treated with inhaled GM-CSF and describe her clinical and functional outcome after 1 year of treatment.

© 2008 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Pulmonary alveolar proteinosis

Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor

Aerosol therapy

Introducción

La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una rara enfermedad caracterizada por la acumulación en el alvéolo pulmonar de un material lipoproteico derivado del surfactante alveolar, lo que provoca el consiguiente deterioro del intercambio gaseoso. Su incidencia estimada es de 0,36 casos por millón de habitantes, con una prevalencia de 3,7 por millón de habitantes¹. La forma de presentación más frecuente es la que ocurre en adultos jóvenes previamente sanos, que desarrollan disnea de esfuerzo progresiva,

hipoxemia y alteraciones radiológicas características². El tratamiento recomendado consiste en la realización de un lavado broncoalveolar total con suero fisiológico para extraer el material proteináceo que ocupa el espacio aéreo, con el objeto de conseguir la mejoría clínica y funcional.

La patogenia de esta enfermedad está relacionada con alteraciones en la capacidad fagocítica del macrófago alveolar. Desde hace pocos años existe un nuevo tratamiento para la PAP consistente en la administración de factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) por vía subcutánea³, con resultados esperanzadores. Una alternativa sería el tratamiento con este factor estimulante de colonias administrado por vía inhalada en aerosolterapia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jarportal@ecua.es (J.A. Rodríguez Portal).

Presentamos un caso tratado con GM-CSF por vía inhalada y la evolución clínica y funcional al cabo de 12 meses de tratamiento.

Observación clínica

Mujer de 31 años, exfumadora (consumo acumulado de 13 paquetes/año). Presentaba desde unos 4 meses antes tos seca persistente, disnea progresiva hasta hacerse de grado 2 en la escala del Medical Research Council (MRC)⁴, febrícula y pérdida de unos 2 kg de peso. En la exploración física se evidenciaban finos crepitantes inspiratorios en ambas bases pulmonares y acropaquías. El resto era normal.

Los resultados de los análisis realizados fueron los siguientes: hemoglobina de 16,9 g/dl, hematocrito del 48%, leucocitos de 9.200/ μ l, neutrófilos del 66,8%, plaquetas de 260.000/ μ l, velocidad de sedimentación de 52 mm en la primera hora y lactatodeshidrogenasa de 770 U/l; los resultados del factor reumatoide, hormonas tiroideas, anticuerpos antinucleares, anticitoplásmicos antineutrófilo, enzima conversiva de la angiotensina y serología para neumonía atípica fueron negativos. La exploración funcional mostró un patrón restrictivo, con capacidad vital forzada (FVC) de 2.270 ml (52%), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) de 2.230 ml (61%), FEV₁/FVC del 98%, capacidad pulmonar total de 3.550 ml (62%), volumen residual de 1.110 ml (69%), capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) corregida por volumen alveolar del 43%. Los resultados de la gasometría arterial fueron los siguientes: presión arterial de oxígeno (PaO₂) de 60 mmHg, presión arterial de anhídrido carbónico (PaCO₂) de 34 mmHg y pH de 7,42. En la prueba de la marcha de 6 min recorrió 570 m. En electrocardiograma el ritmo era sinusal con trazado normal. La radiografía de tórax mostraba un patrón alveolar

en vidrio deslustrado bilateral, de predominio en los lóbulos inferiores. La tomografía computarizada de alta resolución evidenció áreas de vidrio deslustrado con engrosamiento de los septos interlobulillares, más marcado en la zona subpleural, y discreto engrosamiento del intersticio peribroncovascular. Se realizó una fibrobroncoscopia sin hallazgos macroscópicos. El lavado broncoalveolar mostró un líquido lechoso, proteináceo, positivo a la reacción del ácido peryódico de Schiff y rojo oleoso. Los cultivos microbiológicos, incluidos hongos y micobacterias, fueron negativos. Se estableció el diagnóstico de proteinosis alveolar idiopática.

En los 2 meses posteriores la paciente experimentó un importante deterioro clínico y funcional, con incremento de la disnea hasta hacerse de grado 3 en la escala del MRC, progresión de las alteraciones radiológicas y notable insuficiencia respiratoria (PaO₂ de 53 mmHg, PaCO₂ de 33 mmHg y pH de 7,40), con FVC del 45% y DLCO del 25%. Se le realizaron 2 lavados pulmonares totales en un intervalo de 2 meses, con lo que se consiguió una mejoría tanto clínica como funcional (PaO₂ de 64 mmHg, FVC del 60% y DLCO del 61%). A los 5 meses del segundo lavado pulmonar presentó un aumento de la disnea, progresión de la afectación radiológica (fig. 1) e importante deterioro en el intercambio gaseoso, con PaO₂ de 40 mmHg, PaCO₂ de 32 mmHg, pH de 7,37 y DLCO del 23%. En la prueba de la marcha de 6 min recorrió 338 m, alcanzó una saturación mínima del 75% y presentó disnea de 8/10 puntos medida con una escala visual analógica. Se determinaron las concentraciones séricas de anticuerpos frente a GM-CSF y se encontraron títulos elevados (4,43 nM). Debido al deterioro clínico y de oxigenación a pesar de los 2 lavados pulmonares totales, se inició tratamiento con GM-CSF por vía inhalada en aerosolterapia (sargramostim) a dosis de 250 μ g cada 12 h en semanas alternas. El fármaco se administró diluido en 10 ml de suero fisiológico y la paciente lo inhaló con una pieza bucal

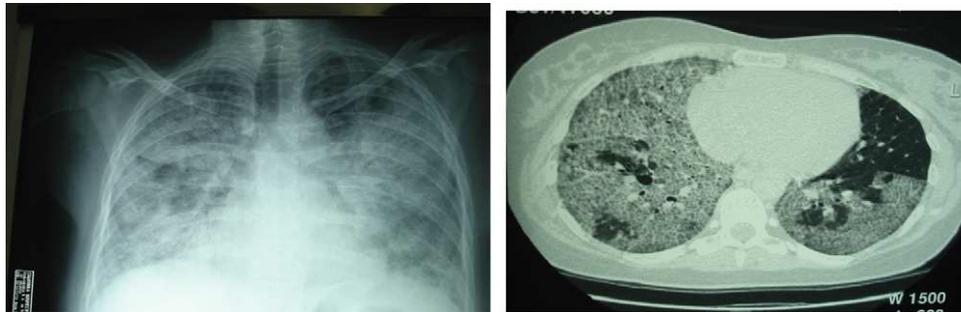


Figura 1. Radiografía de tórax a los 5 meses del segundo lavado pulmonar total. Inicio de tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos por vía inhalada.



Figura 2. Evolución radiológica tras 12 meses de tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos por vía inhalada.

Tabla 1
Evolución clínica y funcional

	Inicial	Tras BAL	Inicio GM-CSF	Tras tratamiento
FVC	1.750 ml (45%)	2.329 ml (60%)	1.490 (37%)	1.980 ml (51%)
DLCO (%)	25	61	23	51
PaO ₂ (mmHg)	53	64	40	88
Disnea MRC	3	2	3	1
PM6M (m)	570	670	338	480

DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono; FVC: capacidad vital forzada; PaO₂: presión arterial de oxígeno; PM6M: prueba de la marcha de 6 min.

utilizando como dispositivo de aerosolterapia un nebulizador neumático, según las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica⁵.

Tras 12 meses de tratamiento no han aparecido efectos adversos y la respuesta clínica ha sido buena. La disnea ha mejorado (ha pasado nuevamente a ser de grado 1 en la escala del MRC), al igual que la prueba de la marcha de 6 min (la paciente recorrió 142 m más sin presentar saturaciones inferiores al 85%). La tomografía computarizada de alta resolución reveló una discreta mejoría, con persistencia de los focos parcheados bilaterales (fig. 2). También los parámetros ventilatorios reflejan una discreta mejoría —FVC de 1.980 ml (51%) y capacidad pulmonar total de 3.331 ml (59%)— y la DLCO corregida por volumen alveolar ha mejorado (51%). De forma llamativa, el intercambio gaseoso mejoró considerablemente —en la gasometría arterial la PaO₂ era de 88 mmHg, la PaCO₂ de 40 mmHg y el pH de 7,45—, estando los valores muy lejos de las graves hipoxemias presentes antes del inicio del tratamiento con GM-CSF, por lo que ha podido retirarse la oxigenoterapia domiciliaria. La evolución clínica y funcional se refleja en la tabla 1.

Discusión

Presentamos un caso tratado con GM-CSF por vía inhalada, después de 2 lavados pulmonares totales, con el que se obtuvo muy buena respuesta clínica y en el intercambio gaseoso, lo que permitió retirar la oxigenoterapia domiciliaria.

La PAP se caracteriza por la acumulación en el alvéolo pulmonar de un material lipoproteico derivado del surfactante alveolar. No hay inflamación en la vía aérea y la arquitectura pulmonar se encuentra conservada⁶. Se sabe que su patogenia está relacionada con una alteración en la homeostasis del surfactante, en la que hay una producción normal, pero un defecto en su aclaramiento por parte de los macrófagos alveolares⁷. Esta remoción se debe en un 75–80% a los neumocitos tipo II y en un 20–25% a la acción del macrófago alveolar. Datos recientes apuntan a que en la patogenia de la PAP estaría implicado el GM-CSF. No parece que el déficit de producción tenga un papel importante en su patogenia, aunque podría tratarse de una alteración del receptor común del GM-CSF en las células mononucleares, lo que llevaría a un descenso de la respuesta de los macrófagos al estímulo de la citocina⁸. La presencia de autoanticuerpos circulantes frente al GM-CSF podría explicar algunos aspectos de la enfermedad. Se han encontrado anticuerpos neutralizantes del GM-CSF en el lavado broncoalveolar de 11 pacientes con PAP idiopática, pero no en muestras tomadas de 2 pacientes con PAP secundaria, en 14 pacientes con otras enfermedades pulmonares y en personas sanas⁹. En el caso aquí descrito se detectaron títulos elevados de autoanticuerpos frente a GM-CSF. Estos anticuerpos causan además una disfunción de los neutrófilos, que en parte sería la responsable de la alta incidencia de complicaciones infecciosas por gérmenes poco habituales como *Nocardia*¹⁰.

El tratamiento comúnmente aceptado y que ha demostrado mayor eficacia en los pacientes con proteinosis alveolar es el lavado pulmonar total. La técnica está bien estandarizada¹¹ y está indicada cuando hay un diagnóstico histológico definitivo y alguna de las alteraciones siguientes: a) PaO₂ menor de 65 mmHg; b) gradiente alveoloarterial mayor de 40 mmHg; c) presencia de un cortocircuito mayor del 12%, y d) disnea en reposo. Es una técnica laboriosa, que requiere la anestesia general del paciente y no está exenta de complicaciones. Después del lavado pulmonar suele producirse una mejoría importante, sobre todo en la disnea. Aunque el curso es variable, el 30–40% de los pacientes requieren un solo lavado, mientras que el resto necesitan lavados a intervalos de 6–12 meses¹². En el caso aquí presentado se realizaron 2 lavados en un corto período de tiempo (2 meses), con rápido deterioro posterior de los síntomas, lo que hizo que se planteara el tratamiento con sargramostim.

Actualmente se acepta el uso del GM-CSF, ya sea por vía intravenosa, subcutánea o inhalada, en la PAP, aunque no hay estudios aleatorizados que hayan valorado su eficacia. En la literatura médica hay varias series de pacientes tratados, en los que se observan porcentajes de respuesta mayores que la tasa de remisión espontánea de la enfermedad (20%). La respuesta en términos funcionales y de intercambio gaseoso es evidente al cabo de 4–6 semanas de tratamiento. La vía subcutánea es la más empleada, pero la vía inhalada ha mostrado ser segura y eficaz¹³. Las concentraciones séricas son mayores tras la administración subcutánea, con mayor probabilidad de efectos no deseados, aunque en general son leves y poco frecuentes (exantema, fiebre, dolor óseo). El sargramostim es el compuesto que presenta el mejor perfil de seguridad.

En conclusión, el tratamiento por vía inhalada en aerosolterapia con GM-CSF es seguro y eficaz en el tratamiento de la PAP, y representa una alternativa al lavado pulmonar total y al tratamiento por vía subcutánea.

Bibliografía

- Seymour JF, Presnell JJ. Pulmonary alveolar proteinosis: progress in the first 44 years. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:215–35.
- Holbert JM, Costello P, Li W, Hoffman RM, Rogers RM. CT features of pulmonary alveolar proteinosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176:1287–94.
- Acosta O, Marañes I, Pérez A, Hernández AI, Bello MD, López Y. Eficacia terapéutica del GM-CSF en la proteinosis alveolar pulmonar. *Arch Bronconeumol.* 2002;38:191–3.
- Mahler D, Wells C. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest.* 1988;93:580–6.
- Giner J, Basualdo LV, Casan P, Hernández C, Macián V, Martínez I, et al. Utilización de fármacos inhalados. *Arch Bronconeumol.* 2000;36:34–43.
- Trapnell BC, Whitsett JA, Nakata K. Pulmonary alveolar proteinosis. *N Engl J Med.* 2003;349:2527–39.
- Carraway MS, Ghio AJ, Carter JD, Piantadisi CA. Detection of GM-CSF in patients with pulmonary alveolar proteinosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;161:1294–9.
- Dirksen U, Nishinakamura R, Groneck P, Hattenhorst U, Noguee L, Murray R, et al. Human pulmonary alveolar proteinosis associated with a defect in GM-CSF/IL-3/IL-5 receptor common β chain expression. *J Clin Invest.* 1997;100:2211–7.
- Kitamura T, Tanaka N, Watanabe J. Idiopathic pulmonary alveolar proteinosis as an autoimmune disease with neutralizing antibody against granulocyte/macrophage colony-stimulating factor. *J Exp Med.* 1999;190:875–80.
- Uchida K, Beck DC, Yamamoto T, Berclaz PY, Abe S, Staudt MK, et al. GM-CSF autoantibodies and neutrophil dysfunction in pulmonary alveolar proteinosis. *N Engl J Med.* 2007;356:567–79.
- Claypool WD, Rogers RM, Matuschak GM. Update on the clinical diagnosis, management and pathogenesis of pulmonary alveolar proteinosis (phospholipidosis). *Chest.* 1984;85:550–8.
- Beccaria M, Luisetti M, Rode G, Corsico A, Zoia MC, Colato S, et al. Long term durable benefit after whole lung lavage in pulmonary alveolar proteinosis. *Eur Respir J.* 2004;23:526–31.
- Wylam ME, Ten R, Prakash UB, Nadrous HF, Clawson ML, Anderson PM. Aerosol granulocyte-macrophage colony-stimulating factor for pulmonary alveolar proteinosis. *Eur Respir J.* 2006;27:585–93.