

## Neumonía organizada asociada a psoriasis

### Organizing pneumonia associated with psoriasis

Sr. Director:

La neumonía organizada, antes llamada bronquiolititis obliterante con neumonía en organización, es una enfermedad pulmonar intersticial que se reconoció por primera vez en el año 1985<sup>1</sup>. Posteriormente se describieron múltiples casos de esta entidad. En ocasiones, no se relaciona con una causa específica y se denomina neumonía organizada criptogenética, pero frecuentemente se halla asociada con otra etiología. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que en raras ocasiones puede cursar con manifestaciones pulmonares. Se describe el caso en una paciente en la que pueden relacionarse claramente ambas entidades.

Presentamos el caso de una mujer de 51 años con antecedente de psoriasis diagnosticada 20 años antes con confirmación histopatológica y sin tratamiento. Comenzó un mes antes con un cuadro de tos seca y disnea progresiva, con exacerbación de sus lesiones de psoriasis, por lo que consultó en otro centro donde le realizaron radiografías de tórax. Ante la presencia de opacidades bilaterales, sumado al cuadro clínico presente, se le indicaron antibióticos. Continuó con los mismos síntomas, a lo que se le agregó febrícula. Se la medicó con 2 esquemas más de antibióticos sin obtener respuesta, por lo que decidió consultar en nuestro centro. Al momento de la consulta se encontraba con fiebre (38,3 °C), taquipneica (36x') y con rales crepitantes secos en ambos campos inferiores pulmonares. La saturación de oxígeno era del 82%. Ante este cuadro se decidió la internación, se comenzó con oxígeno, ventilación no invasiva (VNI) y demás soportes de la UCI. Se le efectuó una radiografía de tórax (fig. 1A), que mostró opacidades en ambas bases, análisis de laboratorio con leucocitos 9.300  $\mu$ l, VSG de 83 mm, gases arteriales con Ph de

7,43, presión de oxígeno de 53 mmHg, presión de anhídrido carbónico de 32 mmHg y saturación de oxígeno del 83%; el resto de la analítica fue normal e incluyó hemograma, hepatograma completo, creatinemia, uremia, calcio, sodio, potasio, proteínas totales, albúmina, tirotrófina y colesterol. Se realizó una tomografía de tórax de alta resolución, donde se hallaron extensas áreas parcheadas con ocupación del espacio aéreo y otras de vidrio esmerilado en ambos lóbulos inferiores con zonas con broncograma aéreo (fig. 1B). Ante este hallazgo se le realizó una broncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) y biopsia transbronquial en los segmentos más comprometidos de la tomografía. Inmediatamente se le inició tratamiento con esteroides (meprednisona) en dosis de 1,5 mg/kg. El resultado del BAL) fue negativo para tuberculosis, hongos y gérmenes comunes, y se halló predominio de linfocitos. Se realizó un análisis de colagenograma, que fue normal como así también serología para VIH y micoplasma, *Chlamydia* y citomegalovirus: todos fueron negativos. El resultado de las biopsias arrojó el diagnóstico de neumonía organizada. La paciente evolucionó positivamente en los días posteriores y al cuarto día pasó a sala general, donde se le realizó una radiografía que mostró una evidente mejoría. La saturación de oxígeno fue del 94% y una espirometría arrojó un volumen espirado forzado (VEF<sub>1</sub>) del 67% y una capacidad vital forzada (CVF) del 58%. En el test de 6 min caminó 374 m y llegó a una saturación mínima del 88%. Se le dio el alta con meprednisona en dosis de 60 mg/día. Se la controló en consultorio externo y evidenció una clara mejoría del cuadro clínico y de la saturación de oxígeno. Al mes, la espirometría arrojó un VEF<sub>1</sub> del 79% y una CVF del 71%. En el test de 6 min caminó 453 m con saturación mínima del 93%. Se le realizó una tomografía que evidenció la persistencia de un mínimo infiltrado en los lóbulos inferiores (fig. 1C). Después de 3 meses de tratamiento con esteroides en descenso, la paciente se hallaba asintomática con una tomografía (fig. 1D) que mostraba una desaparición prácticamente completa de las opacidades, con VEF<sub>1</sub> del 83% y CVF del 84%, y en el test de 6 min caminó 519 m sin desaturación.

La neumonía organizada es una enfermedad pulmonar intersticial caracterizada por presentar un cuadro clínico subagudo consistente en tos, disnea y fiebre, con manifestaciones radiológicas caracterizadas por infiltrados alveolares o intersticiales, en ocasiones migratrices<sup>2</sup>. La tomografía computarizada demuestra como hallazgos más frecuentes consolidaciones parenquimatosas, vidrio deslustrado, dilataciones bronquiales y nódulos centrolobulillares<sup>3</sup>. El cuadro histopatológico es el de una reparación tisular inespecífica con ocupación de espacios aéreos distales por yemas de tejido fibroinflamatorio laxo que se extienden de un alvéolo a otro a través de los poros de Kohn y ocasiona una distribución de la afectación parcheada en torno a pequeñas vías aéreas. Puede ser secundaria a diversas etiologías, entre las que se encuentran drogas, tóxicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y radioterapia, o lo que se denomina neumonía organizada criptogenética cuando no se reconoce la causa<sup>2</sup>. En el diagnóstico es fundamental la confirmación histopatológica por biopsia transbronquial o quirúrgica y el tratamiento de elección son los esteroides orales, cuyo uso se asocia a una respuesta positiva en la mayoría de los casos<sup>4</sup>. El término neumonía organizada reemplaza, por consenso, al anterior de bronquiolititis obliterante con neumonía organizada para definir mejor la localización del proceso inflamatorio.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cutánea que puede presentar episodios de reagudización. Está bien documentada su vinculación con otras enfermedades pulmonares, como el síndrome de *distress* respiratorio del adulto, y con algunas enfermedades intersticiales, como la neumonía intersticial usual, incluso sarcoidosis, y con enfermedad pulmonar obstructiva

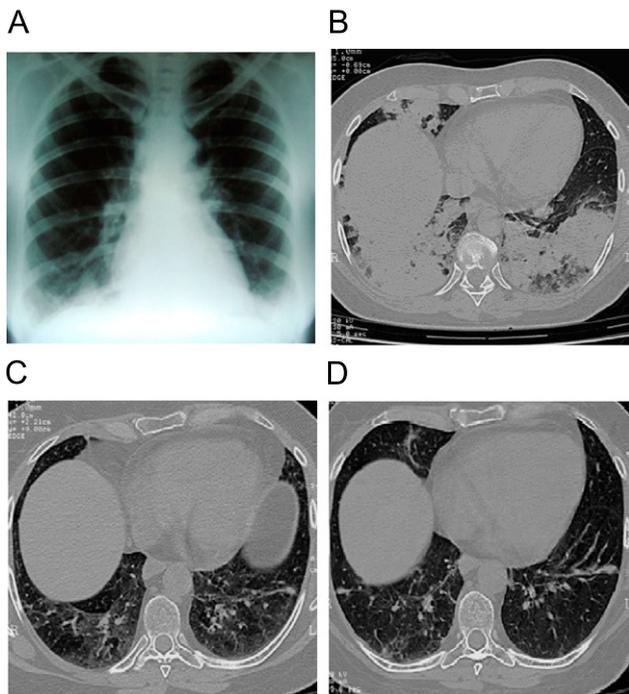


Figura 1. A) Radiografía al ingreso. B) Tomografía al ingreso. C) Después de un mes de tratamiento. D) Después de 3 meses de tratamiento.

crónica. En este caso hallamos que el compromiso pulmonar de la psoriasis, que se hallaba en una fase de exacerbación, fue una neumonía organizada confirmada por anatomía patológica, que respondió de manera excelente al tratamiento con esteroides, al igual que el cuadro de psoriasis.

Después de una exhaustiva búsqueda sólo hallamos la publicación de 2 casos de psoriasis con neumonía organizada. En uno se constató una infección aguda por citomegalovirus, por lo que se asumió como secundaria a este virus<sup>5</sup>. En el otro caso es difícil precisar, aunque no se descarta, que la causa de esta enfermedad pulmonar fuera la psoriasis, ya que la paciente tenía el antecedente de haberse tratado con metotrexate y ciclosporina y que en el transcurso de la hospitalización se le administraron múltiples fármacos que pueden haber producido la afectación pulmonar, entre ellos acitretin, cuya vinculación con el compromiso intersticial se halla bien documentada<sup>6</sup>. En el caso de la paciente que comunicamos, no recibió ningún fármaco que justificara el cuadro, como así también fueron negativos todos los estudios bacteriológicos realizados. Asimismo, la respuesta a esteroides, sin ninguna otro fármaco, fue muy buena desde el punto de vista pulmonar como cutáneo, por lo que inferimos que existió una clara asociación entre las 2 entidades y que sería el primer caso comunicado que vincula, sin dudas, la neumonía organizada con la psoriasis.

En conclusión, debemos decir que la psoriasis puede cursar con manifestaciones pulmonares y que la neumonía organizada puede ser una forma más de afectación pulmonar de esta enfermedad.

doi:10.1016/j.arbres.2009.11.002

## Bibliografía

1. Epler GR, Colby TV, Mc Loud TC, Carrington CB, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. N Eng J Med. 1985;312:152-8.
2. Cordier JF. Cryptogenic organizing pneumonia. Clin Chest Med. 2004;25:727-738. vi-vii. Revisión.
3. Bravo Soberón A, Torres Sánchez MI, García Río F, Sánchez Almaraz C, Parrón Pajares M, Pardo Rodríguez M. Patrones de presentación de la neumonía organizada mediante tomografía computarizada de alta resolución. Arch Bronconeumol. 2006;413-6.
4. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez Becerra E, et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Arch Bronconeumol. 2003;39:580-600.
5. Messina M, Scichilone N, Guddo F, Bellia V. Rapidly progressive organizing pneumonia associated with cytomegalovirus infection in a patient with psoriasis. Monaldi Arch Chest Dis. 2007;67:165-8.
6. Webber NK, Elston CM, O'Toole EA. Generalized pustular psoriasis and cryptogenic organizing pneumonia. Br J Dermatol. 2008;158:853-4.

Miguel Penizzotto<sup>a,\*</sup>, Mariela Retegui<sup>b</sup> y  
María Florencia Arrién Zucco<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumonología, Sanatorio San Roque, Curuzú Cuatiá, Corrientes, Argentina

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Sanatorio San Roque, Curuzú Cuatiá, Corrientes, Argentina

<sup>c</sup> Servicio de Diagnóstico por Imágenes Sanatorio San Roque, Curuzú Cuatiá, Corrientes, Argentina

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: penitato@curuzu.net (M. Penizzotto).

## Neumonía redonda: una causa poco habitual de nódulos pulmonares múltiples

### Round Pneumonia: A Rare Cause of Multiple Pulmonary Nodes

Sr. Director:

La neumonía redonda (NR) es una causa muy infrecuente de nódulo pulmonar solitario, más aún en adultos, y raramente puede presentarse como nódulos múltiples y simular una afectación tumoral difusa del parénquima pulmonar. Presentamos el caso de una mujer de 56 años, con antecedentes de asma bronquial y fumadora de 50 cigarrillos/día. Acudió a nuestro hospital con clínica de 5 días de evolución de dolor pleurítico en el hemitórax izquierdo, tos seca, sudoración nocturna, fiebre elevada, astenia y pérdida de peso de 2 kg en este tiempo. El examen físico general fue normal, salvo por la auscultación de algún crepitante aislado en el hemitórax izquierdo. No había signos de cianosis, acropaquias ni adenopatías a ningún nivel. La clínica y los parámetros hematológicos y bioquímicos apoyaban la etiología infecciosa: leucocitosis (15.800/mm<sup>3</sup>), elevación de la proteína C reactiva (33,4UI) y velocidad de sedimentación globular (62 mm/h), pero la radiografía de tórax reveló la presencia de varios nódulos pulmonares, por lo que se decidió su ingreso para estudio de las lesiones descritas con objeto de descartar un origen neoplásico. Igualmente se inició tratamiento antibiótico oral con levofloxacino (500 mg/24 h) y se solicitó una TC de tórax. Se amplió el estudio con pruebas microbiológicas, marcadores tumorales e inmunología, que resultaron todas negativas, salvo la antigenemia en orina, que reveló positividad para neumococo. Dos días después de su ingreso se constató

mejoría de la clínica respiratoria. Posteriormente, en el séptimo día de ingreso, se solicitó un nuevo control analítico y radiológico donde se pudo comprobar la normalización de los parámetros sanguíneos alterados y la resolución de los nódulos pulmonares, hecho que confirmó la TC, en la que no se evidenciaron las lesiones descritas ni adenopatías a ningún nivel. Se mantuvo el tratamiento antibiótico hasta completar 10 días y se decidió el alta médica de la paciente y su seguimiento ambulatorio en consulta. A la vista de los resultados, la paciente se diagnosticó de una NR de localización múltiple por neumococo. Seis meses después del episodio, la paciente continúa asintomática, las pruebas hematológicas son normales y no hay evidencia radiológica de recidiva (fig. 1).

La NR es un subtipo raro de neumonía lobular debida a un defecto del desarrollo del tejido conectivo (poros de Köhn y canales de Lambert). Mientras que en la infancia es una entidad bien conocida (afecta principalmente a los niños menores de 8 años), apenas se ha descrito en adultos. Se presenta habitualmente como una lesión única, en forma de nódulo o masa, en el contexto de un cuadro indicativo de infección respiratoria. Existen pocos casos en los que se haya comunicado su presentación en forma de lesiones nodulares múltiples o como un nódulo principal con varios satélites, lo que le confiere especial importancia, pues puede simular una afectación tumoral, más aún si existen antecedentes y factores de riesgo. Los síntomas y las alteraciones analíticas están relacionados con el tamaño<sup>1</sup> y suelen ser los habituales (fiebre, tos, disnea, dolor torácico, leucocitosis, elevación de la proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular), pero con frecuencia estas neumonías pasan inadvertidas en los adultos y aparecen como hallazgo casual en pacientes asintomáticos. Radiológicamente<sup>1-3</sup> la NR puede presentarse como un nódulo de hasta 7 cm de diámetro máximo, localizado