

# NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2019;116(3):134-137



## Bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial difusa simulando patrón radiológico miliar y anemia hemolítica aguda por anticuerpos fríos

Monzón-Mendiolea, Andoni<sup>a</sup>, Merino-Chaves, Jesús<sup>b</sup>, Merino-Muxika, José-María<sup>c</sup>

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Hospital Universitario Basurto, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Bilbao, Euskadi, España

(b) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Hospital Universitario Basurto, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Bilbao, Euskadi, España

(c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Hospital Universitario Basurto, Servicio de Neumología, Bilbao, Euskadi, España

Recibido el 14 de mayo de 2018; aceptado el 27 de agosto de 2019

### PALABRAS CLAVE

Biopsia pulmonar transbronquial, clásica (BPTbc).

Bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial (BR-EPI).

### Resumen:

La bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial es una afección poco frecuente que puede simular entre otros un patrón radiológico micronodular semejante al de la tuberculosis miliar, en la que la biopsia pulmonar transbronquial puede ayudarnos a su diagnóstico.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Respiratory Bronchiolitis-Associated Interstitial Lung Disease.

Pulmonary transbronchial biopsy.

**Respiratory Bronchiolitis-Associated Interstitial Lung Disease simulating the radiological pattern of the miliary tuberculosis and associated with cold autoimmune hemolytic anemia**

### Abstract:

Respiratory Bronchiolitis-Associated Interstitial Lung Disease is a rare disease that can mimic the radiological pattern of the miliary tuberculosis. The pulmonary transbronchial biopsy may be useful for diagnosis.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

**GILTZA-HITZAK**

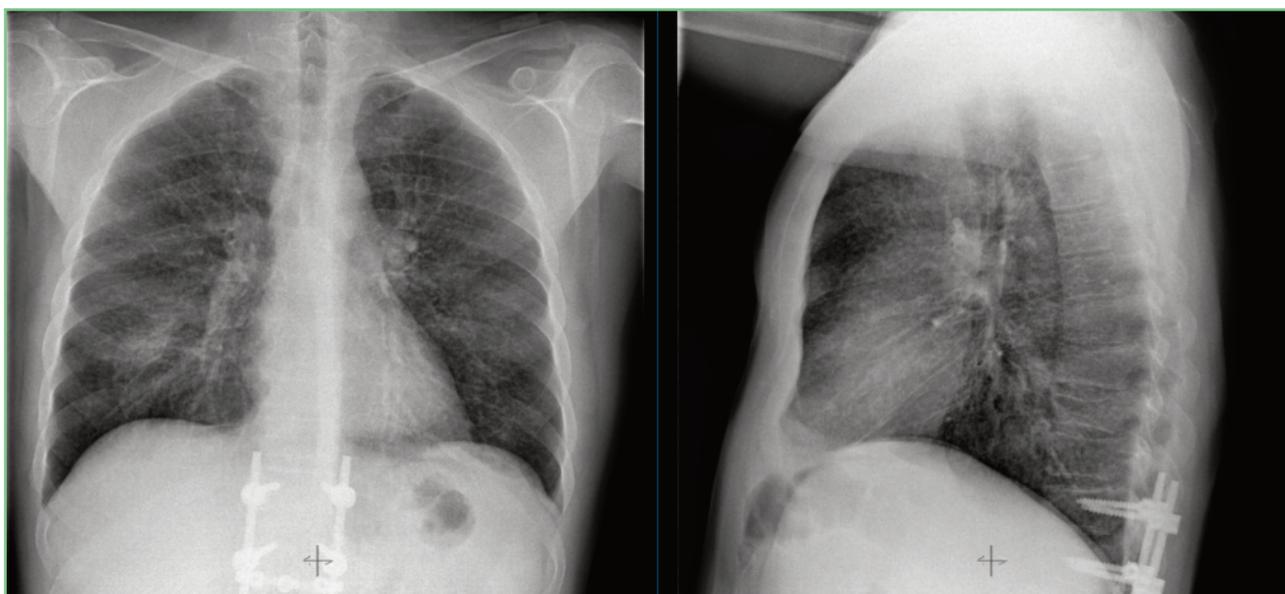
Birika biopsia trans-bronkial klasikoa.  
Birika gaixotasun interstizialei loturiko arnas bronkiolitisa.

**Tuberkulosi miliarraren antzeko irudi erradiokogikoaren bidez aurkeztutako birika gaixotasun interstizialei loturiko arnas bronkiolitisa, antigorputz hotzengatiko anemia hemolitikoari lotuta**

**Laburpena:**

Birika gaixotasun interstizialei loturiko arnas bronkiolitisa tuberkulosi miliarraren antzeko mikronodulu-irudia aurkez dezakeen gaixotasuna ez-ohikoa da. Birika biopsia trans-bronkiala diagnostikorako lagungarria izan daiteke.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.



**Figura 1.** Radiografía de tórax posteroanterior y lateral del paciente a su llegada al hospital.

**Introducción**

La bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial (BR-EPI) es una enfermedad poco frecuente relacionada con el hábito tabáquico y que en ocasiones puede simular patrones radiológicos asociados a otras enfermedades más comunes.

A continuación presentamos un caso clínico de BR-EPI simulando el patrón radiológico de una tuberculosis miliar.

**Caso clínico**

Varón de 49 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital porque tras un cuadro de dos semanas de tos no productiva y sensación distérmica presentaba disnea progresiva de 48 horas de evolución y episodio de fiebre de 39 °C la noche previa. No otros datos de interés en la anamnesis por aparatos.

- Antecedentes: fumador de 30 cigarros diarios, hepatopatía crónica de origen alcohólico (actualmente no bebedor) con un episodio de pancreatitis aguda en 2015 y espondiloartrosis cervicodorsolumbar con artrodesis de las vértebras D11-L3.
- Exploración física: taquicardia de 149 lpm, saturación de oxígeno por pulsioximetría 90% basal. Disnea y taquipnea con tiraje respiratorio. A la

auscultación ronus y sibilancias de predominio en hemitórax izquierdo, resultando el resto de la exploración física anodina.

- Analítica: hemoglobina de 8,7 g/dL con volumen corpuscular medio (VCM) de 109 fL, 682.000 plaquetas y 23.700 leucocitos con 85,8% de neutrófilos. Glucemia, urea y creatinina normales, bilirrubina total 2,63 mg/dL, transaminasa glutámico-pirúvica (GPT) 82U/L (similar a previas), creatina kinasa 470 U/L, lactato deshidrogenasa 564 U/L, potasio 3,08 mmol/L, proteína C reactiva 33,72 mg/dL, procalcitonina 0,42 ng/mL, resto sin interés.
- Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria aguda parcial (PO<sub>2</sub> 48 mmHg). La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de influenza y virus respiratorio sincitial, las serologías de neumococo y legionella y los hemocultivos resultaron negativos. La radiografía de tórax (figura 1) fue inicialmente descrita como dudosa condensación basal derecha compatible con neumonía. Se realizó electrocardiograma, observándose una taquicardia sinusal a 115 lpm sin otras alteraciones.

En principio se interpretó como una dudosa condensación neumónica basal derecha y se trató con levofloxa-

cino, oxigenoterapia, salbutamol, ipratropio y metilprednisolona, si bien posteriormente tras revalorar la radiografía de tórax del ingreso y la realizada de control al cuarto día, se interpretó como un posible patrón intersticial bilateral difuso.

Se realizó una tomografía computerizada (TC) torácica (figura 2), observándose en la misma patrón micronodular difuso compatible con tuberculosis miliar y aumento de la densidad en vidrio deslustrado en lóbulo medio pulmonar, en segmentos anteriores del lóbulo inferior derecho y en lóbulo superior izquierdo de aspecto inflamatorio-infeccioso.

Dada la anemia del paciente (la hemoglobina previa registrada era de 15 g/dL) se decidió transfundir dos concentrados de hematíes. Se completó estudio de anemia, observando aglutinación de los eritrocitos en temperatura ambiente y positividad del Coombs directo y las crioglobulinas, diagnosticándose de anemia hemolítica por anticuerpos fríos.

Se realizó broncoscopia observándose secreciones purulentas en árbol bronquial izquierdo, practicándose broncoaspirado (BAS), lavado broncoalveolar (LBA) de lóbulo medio y biopsia pulmón transbronquial clásica (BPTBc) en lóbulo inferior izquierdo, segmento lateral.

En la BPTBc se observaron cambios de bronquiolitis respiratoria con signos de mucostasis, leve infiltrado inflamatorio parietal y presencia de macrófagos con fino pigmento pardo-amarillento en alveolos peribronquiolares. El lavado broncoalveolar fue negativo para células malignas y para Ziehl-Neelsen. Se descartó tuberculosis activa, concluyéndose el diagnóstico de BR-EPI.

La evolución del paciente con el tratamiento indicado resultó favorable, con mejoría clínica y reversión de las alteraciones gasométricas, analíticas y radiográficas presentadas.

Tras el alta (figura 3) se realiza exploración funcional respiratoria que evidencia una leve disminución de flujos mesoespiratorios sin obstrucción.

### Discusión

La BR-EPI es una enfermedad poco frecuente con clara relación con el hábito tabáquico<sup>1</sup>. Rara vez es sintomática y no suele asociarse con más signos que la disfunción menor de las vías respiratorias de pequeño calibre, si bien puede presentar síntomas como tos y disnea, función pulmonar alterada y anomalías en las imágenes<sup>2</sup>.

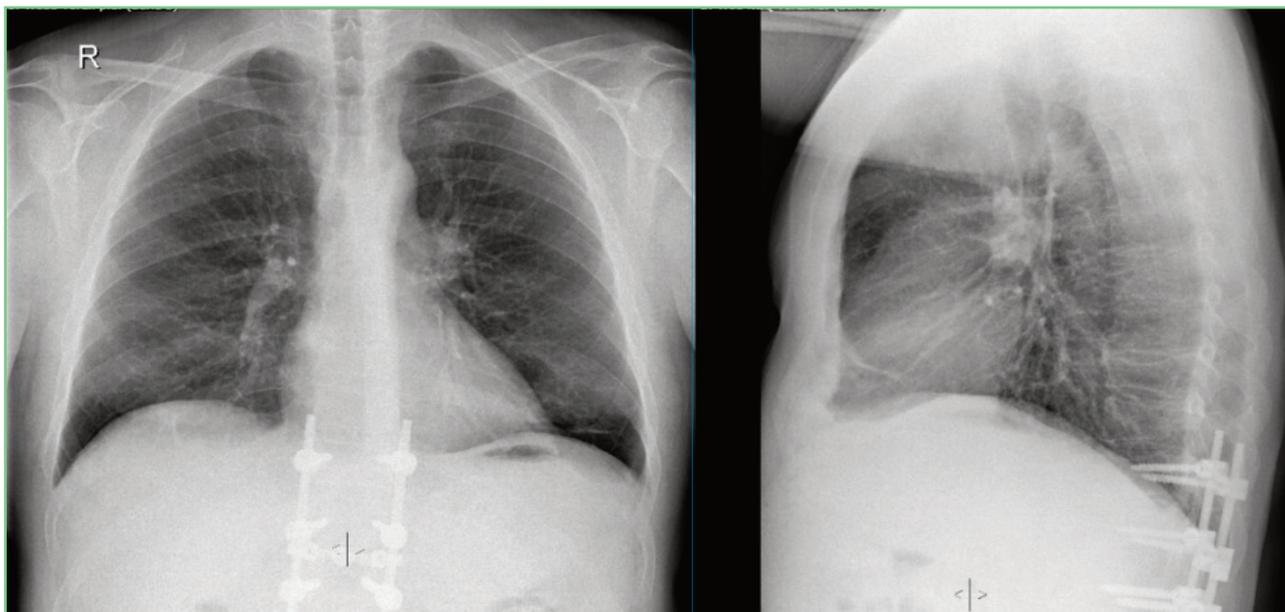
Suele afectar a varones fumadores entre la cuarta y la quinta década de la vida, con exposiciones medias mayores a 30 paquetes-año. No se ha descrito progresión a fibrosis. En pacientes con síntomas mínimos se observa un descenso leve-moderado de la difusión de monóxido de carbono (DLCO), observándose en casos más establecidos tanto obstrucción como restricción<sup>3</sup>.

La radiografía de tórax resulta patológica en un 86% de los casos. En TC se suelen observar nódulos centrolobulares, atenuación moteada en vidrio esmerilado y engrosamiento de las paredes de las vías respiratorias centrales y periféricas, con enfisema centrolobular en lóbulo superior<sup>4</sup>. En nuestro caso, la TC presentaba imágenes de patrón micronodular difuso compatible con tu-



Figura 2. Tomografía axial computerizada del paciente.

berculosis miliar, así como patrón en vidrio esmerilado. La extensión de los nódulos centrolobulares se correlaciona con el grado de acumulación de macrófagos y la inflamación crónica de los bronquiolos respiratorios y



**Figura 3.** Radiografía de tórax posteroanterior y lateral del paciente tras el alta.

la atenuación en vidrio esmerilado se correlaciona con la acumulación de macrófagos en espacios y conductos alveolares.

En el LBA aparecen macrófagos alveolares con inclusiones pigmentadas diversas e incremento moderado de neutrófilos<sup>1</sup>. Histológicamente se puede observar acumulación bronquiolocéntrica de macrófagos alveolares, fibrosis peribronquiolar leve con inflamación crónica, macrófagos con citoplasma marrón que pueden ser positivos para las tinciones de hierro<sup>3</sup>. En el caso de nuestro paciente, la BPTBc ha permitido confirmar el diagnóstico.

La clínica y las alteraciones radiológicas y funcionales pueden mejorar con el cese del hábito tabáquico<sup>5</sup>. En ocasiones puede estar indicado el tratamiento con corticoides.

Como conclusión, merece la pena señalar que la BR-EPI se trata de una enfermedad rara asociada al hábito tabáquico con afectación clínica variable y que en nuestro caso ha presentado un patrón radiológico similar a la tuberculosis miliar, asociándose asimismo con una anemia por anticuerpos fríos. Cabe destacar que la BPTBc ha permitido alcanzar la confirmación diagnóstica.

#### **Financiación**

Sin financiación.

#### **Conflictos de intereses**

Los autores no presentan conflicto de intereses alguno que interfiera en la realización de este artículo.

#### **Bibliografía**

- 1 Balóira A, Xaubet A, Rodríguez Becerra E, Romero AD, Casanova A, Ancochea J. Neumonía intersticial desca-mativa y bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial: datos del registro español. *Archivos de Bronconeumología*. 2008;44:499-503.
- 2 Portnloy J, Veraldi KL, Schwartz MI, Cool CD, Curant-Everett D, Cherniak RM et al. Respiratory bronchio-litis-interstitial lung disease. Long-term outcome. *Chest*. 2007;131: 664-71.
- 3 Medina R, Domingo ML, Calvillo P, Martínez M, Vilar J. Enfermedades intersticiales relacionadas con el tabaco: hallazgos en TC de alta resolución. *Radiología*. 2008;50: 317-22.
- 4 Wells AU, Nicholson AG, Hansell DM, Du Bois RM. Respiratory Bronchiolitis-Associated Interstitial Lung Disease (Review). *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2003;24:585-94.
- 5 Nakanishi M, Demura Y, Mizuno S, Ameshima S, Chiba Y, Miyamori I et al. Changes in HRCT findings in patients with respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease after smoking cessation. *European Respiratory Journal*. 2007;29:453-61.