

Neumonía organizativa criptogénica en octogenaria. Reporte de caso

Cryptogenic organizing pneumonia in an octogenarian. Case report.

Daniela Arias Mariño, MD¹, Alejandro Rojas Urrea, MD², Karen Nathaly Acosta, MD³, Lorena García Agudelo, MD⁴ y Héctor Julián Cubillos Vega⁵

Resumen

La neumonía organizativa criptogénica es una forma de neumonía idiopática intersticial poco frecuente, con sintomatología subaguda diversa e inespecífica. Se debe sospechar esta entidad en pacientes que simulan neumonía bacteriana sin mejoría al tratamiento antibiótico. Los hallazgos paraclínicos son variables y el tratamiento de esta patología varía según la gravedad. Reportamos el caso de una mujer de 84 años con antecedente de hipertensión arterial y dislipidemia, con cuadro de seis meses de evolución de síntomas respiratorios y abdominales, estudios infecciosos negativos, con hallazgos imagenológicos sugerentes de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) tipo neumonía organizada. Inició tratamiento con corticosteroides con mejoría de síntomas, sin embargo, con recaída de la misma al suspender el tratamiento. Se concluye que la baja frecuencia de esta patología la hace susceptible de ser infradiagnosticada; ampliar el conocimiento en la literatura médica permitirá determinar posibles causales y protocolos terapéuticos.

Palabras claves: neumonía organizativa criptogénica; neumonía intersticial idiopática; tratamiento.

Abstract

Cryptogenic organizing pneumonia is an infrequent form of idiopathic interstitial pneumonia, with diverse and nonspecific subacute symptomatology, this entity should be suspect in patients who simulate bacterial pneumonia without improvement to antibiotic treatment, paraclinical finding are variable. The treatment of this pathology varies according to severity. Case report: 84-year-old woman with history of hypertension and dyslipidemia, with six months of respiratory and

¹ Especialista en Bioética, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia, <https://orcid.org/0000-0002-6615-1413>

² Magister en Salud Pública, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia <https://orcid.org/0009-0005-5990-106X>

³ Especialista en Salud Pública, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia, <https://orcid.org/0000-0002-5860-0485>

⁴ Especialista en Epidemiología, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia, <https://orcid.org/0000-0001-9557-0900>

⁵ Médico Internista, Especialista en Epidemiología, Hospital Regional de la Orinoquia. Yopal, Colombia <https://orcid.org/0000-0001-6023-2071>.

Autor de correspondencia:

Daniela Arias Mariño
Correo electrónico: danielaariasmarino@gmail.com

Recibido: 29/04/2023

Aceptado: 06/03/2024

abdominal symptoms, negative infection studies, imagenologic findings suggestive of diffuse interstitial pulmonary disease, organizing pneumoniae type. Started treatment with corticosteroids improving the symptoms, however presented relapse after suspended the treatment. The low frequency of this pathology makes it susceptible to be underdiagnosed, expanding the knowledge in medical literature will allow determining possible causality and therapeutic protocols.

Keywords: Cryptogenic organizing pneumonia; Idiopathic interstitial pneumonias; Treatment

Introducción

El término neumonía organizada apareció en la literatura médica a finales del siglo XVII y principios del siglo XIX; por su parte, la enfermedad alveolar fue descrita por Davidson et al. en 1983, mientras que la alteración en vía aérea fue descrita por Gedde y colegas, denominando dicha patología como bronquiolitis obliterativa con neumonía en organización (BOOP). Sin embargo, este término presentó cambios con el fin de no generar confusión frente a otras patologías que presentan hallazgos imagenológicos y fisiopatológicos diferentes (1).

Actualmente la neumonía organizacional criptogénica (NOC) se encuentra clasificada como una forma de neumonía idiopática intersticial. Su incidencia y prevalencia a nivel mundial no están establecidas, se cree que ocurren alrededor de 1 a 3 casos por 100.000 admisiones hospitalarias, principalmente en la quinta y sexta década de la vida, sin predilección por sexo, siendo más común en no fumadores (1,2,3).

Las principales teorías sobre su fisiopatología consideran que es consecuencia de una lesión alveolar que posteriormente presenta formación de brotes de tejido de granulación, que finalmente obstruyen el lumen alveolar y bronquiolar (3). La sintomatología es subaguda y puede presentarse entre semanas a meses; los síntomas más comunes son tos seca y disnea, otros incluyen congestión nasal, cefalea, escalofríos, diaforesis, odinofagia, fatiga, mialgias y fiebre (2). La hemoptisis y los síntomas rápidamente progresivos hasta insuficiencia respiratoria aguda son raros (1,4).

Se debe sospechar esta patología en pacientes con síntomas que simulan una neumonía sin respuesta a terapia antibiótica (3). Los hallazgos paraclínicos pueden incluir leucocitosis con desviación hacia la izquierda; la elevación de marcadores inflamatorios es poco frecuente (4). A nivel imagenológico los hallazgos son variables como se describen en la discusión (3).

El tratamiento de esta patología depende de las características clínicas y la severidad de la enfermedad, desde remisión espontánea en casos leves y con mínimos hallazgos radiográficos hasta manejo inmunosupresor inicialmente con glucocorticoides en casos más severos (3).

Describimos el caso de una mujer en la novena década de la vida con sintomatología respiratoria inespecífica, quien por cuadro clínico y hallazgos imagenológicos se diagnosticó neumonía organizativa criptogénica, una entidad poco frecuente en nuestro medio, especialmente en grupos etarios extremos.

Reporte de caso

Mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, sin manejo farmacológico. Consultó por cuadro clínico de seis meses de evolución consistente en pérdida de peso no cuantificada, tos seca y dolor en reja costal e hipocondrio izquierdos. Al ingreso con signos vitales tensión arterial 160/90 mmHg, frecuencia cardíaca 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, peso 49 kg, talla 1.42 metros, saturación de oxígeno 92 % (toma realizada a 350 metros sobre el nivel del mar). Al examen físico encontraron polipnea con retracciones intercostales y abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio.

Paraclínicos sin leucocitosis (4.820 mm³), sin anemia (Hb 14.7 g/dL, hto 45.7 %), sin alteraciones plaquetarias (282.000). Por síntomas abdominales realizaron ecografía abdominal total con reporte de coledocistitis y aortoesclerosis, la endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) reportó pólipo sénil de 10 mm en pared anterior del cuerpo y gastropatía atrófica antral con estigmas de sangrado. Tomografía Axial Computarizada de abdomen con contraste y con hernia umbilical con contenido de grasa intraabdominal,

artrosis interapofisaria L5-S1, gas subcutáneo en pared abdominal y esteatosis hepática leve.

Estudios microbiológicos con baciloscopia seriada dónde no fue posible observar bacilos ácido alcohol resistentes, cultivo de esputo negativo para gérmenes comunes a las 24 y 48 horas; prueba no treponémica (VDRL) no reactiva, antígeno de superficie hepatitis B negativo, ELISA VIH negativo.

Estudios imagenológicos con radiografía de tórax

con infiltrados alveolintersticiales globales, marcada en base pulmonar izquierda, velamiento de silueta cardíaca, elevación de hemidiafragmas. TAC de tórax de alta resolución con hallazgos de engrosamiento intersticial de tipo reticular, con distribución periférica, asociado a opacidades en vidrio esmerilado y consolidaciones de pequeño tamaño con distribución aleatoria en ambos campos pulmonares, sugerentes de enfermedad pulmonar (EPID), tipo neumonía organizada (Figura 1).

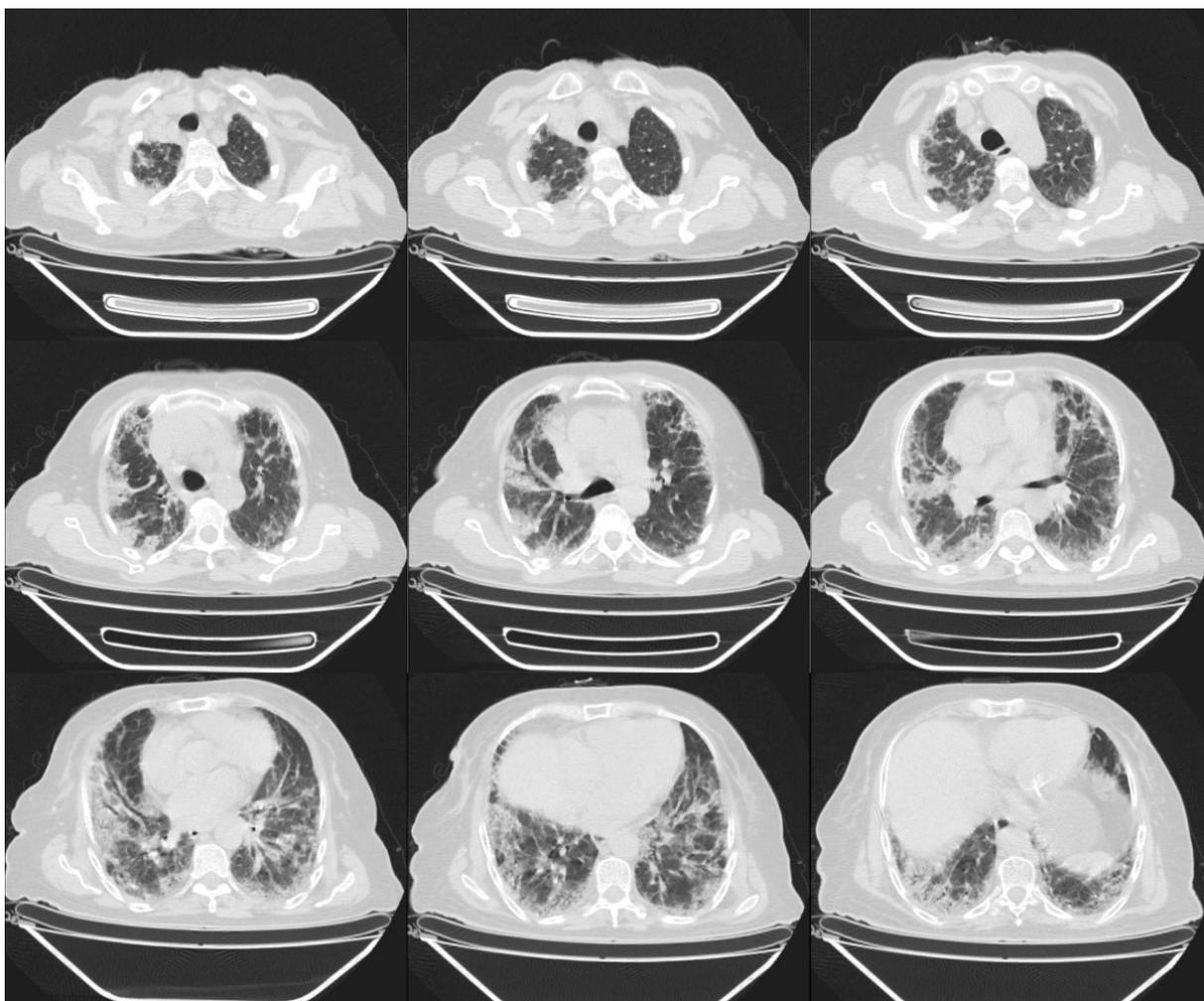


Figura 1. Tomografía axial computarizada de tórax de alta resolución en cortes axiales de caso con neumonía organizativa criptogénica.

Iniciaron tratamiento con corticosteroides prednisolona 45 mg vía oral al día con mejoría de síntomas respiratorios y abdominales, continuaron el manejo ambulatorio con prednisona 50 mg una tableta al día, sin embargo, al mes presenta pobre tolerancia

al tratamiento, por lo que suspende con deterioro de síntomas respiratorios. Estudio imagenológico control a los 14 días sin cambios significativos respecto a estudio previo (Figura 2).

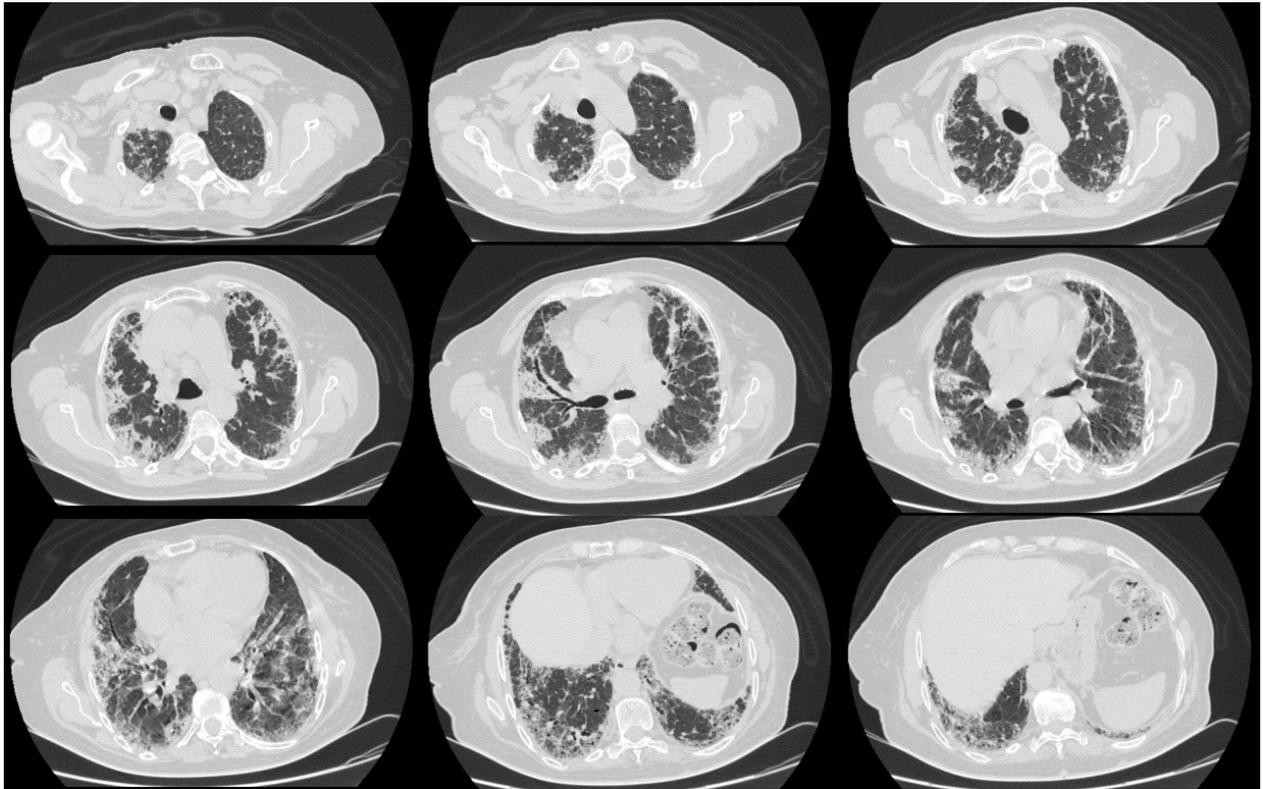


Figura 2. Tomografía axial computarizada de tórax de alta resolución en cortes axiales de caso con neumonía organizativa criptogénica.

Discusión

Los escasos datos epidemiológicos de esta patología la hacen subsecuentemente poco conocida y por lo tanto subdiagnosticada. A nivel clínico puede simular otras patologías respiratorias más comunes. En el caso expuesto el enfoque fue dirigido hacia una enfermedad infecciosa, sin embargo, la sospecha clínica y los hallazgos radiológicos fueron de gran importancia para su diagnóstico oportuno. Entre los hallazgos radiológicos de esta patología podemos encontrar, en la radiografía de tórax, consolidaciones difusas parcheadas que afectan principalmente a

las zonas inferiores bilaterales. Otros hallazgos incluyen opacidades migratorias, irregulares, lineales o nodulares, así como derrames pleurales. En la tomografía de tórax de alta resolución el hallazgo más frecuentemente encontrado son las consolidaciones parenquimatosas en el 80 a 95 %, siendo más común en la zona periférica; otros hallazgos incluyen opacidades en vidrio esmerilado. Un signo visible en este tipo de estudio es el signo del atolón o halo invertido, el cual puede observarse en el 20 % de los pacientes (3,5,6), hallazgo evidenciado en los estudios de la paciente (Figura 3).

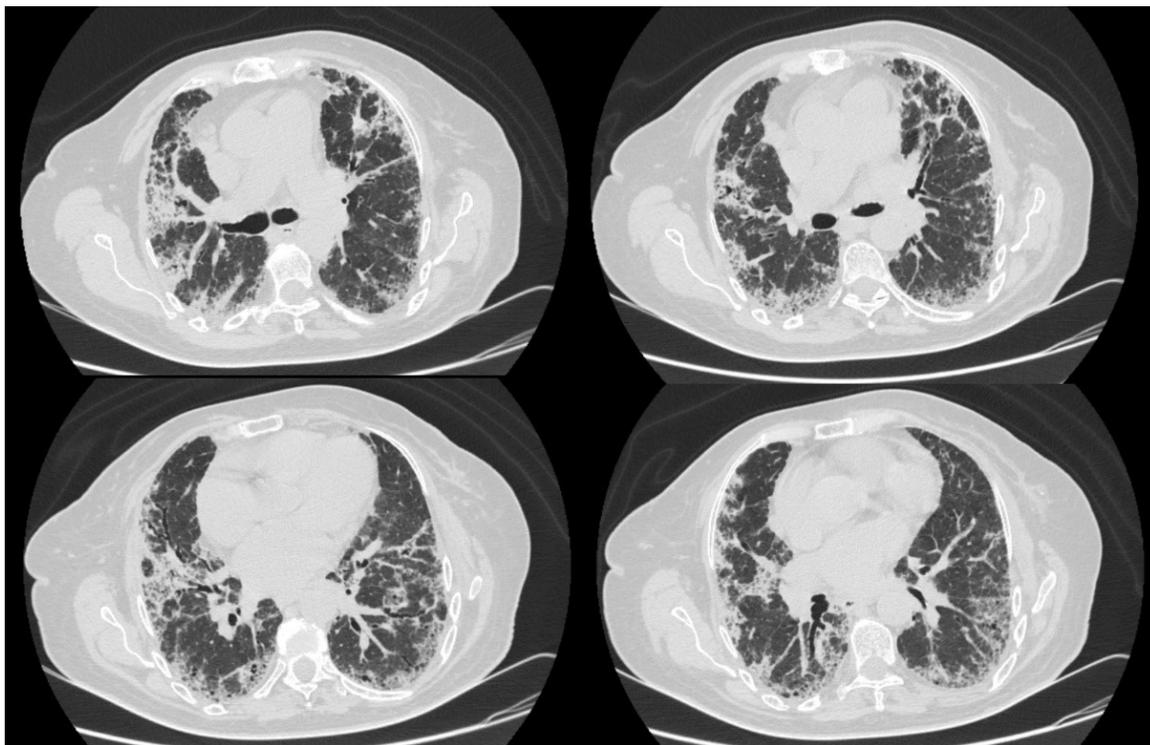


Figura 3. Tomografía axial computarizada de tórax de alta resolución en cortes axiales con hallazgo de múltiples áreas de vidrio esmerilado de distribución difusa, algunas rodeadas por consolidaciones en forma de anillo (signo del halo invertido).

Otros estudios que pueden estar alterados en esta patología son las pruebas de función pulmonar presentando defectos restrictivos y disminución de la capacidad de difusión del CO₂ (3,7). Así mismo, en el lavado broncoalveolar se suele encontrar células mixtas, las cuales comprenden linfocitos con una relación CD4/CD8 (7).

La clasificación de las neumonías organizativas se basa en la etiología asociada; en el caso de ser desconocido se describe como neumonía organizativa criptogénica, cuando tiene asociaciones con otras patologías se conoce como neumonía organizativa secundaria. Entre estas encontramos las enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, reacción medicamentosa y procesos infecciosos y/o inflamatorios (5,7,8). En la paciente no se pudo determinar un causal del cuadro patológico, por lo cual fue clasificada como neumonía organizativa criptogénica.

Los tratamientos propuestos para esta patología se basan en consenso de expertos debido a la ausencia de

ensayos controlados que comparen medicamentos o duración del tratamiento (9). Las guías de la Sociedad Torácica Británicas (en inglés British Thoracic Society) recomiendan inicialmente manejo inmunosupresor con prednisona a dosis de 0.75 a 1 mg/kg al día, con disminución progresiva en los siguientes seis a doce meses. Otros regímenes alternativos incluyen prednisolona y metilprednisolona, mientras que otros estudios sugieren el manejo con antibióticos macrólidos debido a sus propiedades antiinflamatorias y menos efectos adversos (2,9,10). Aproximadamente el 20 % de los pacientes no responden al tratamiento corticoide y requieren otras terapias inmunosupresoras y entre el 13 a 58 % de los casos presenta recaídas (4). Se ha reportado que los casos que están acompañados con bronquiectasia de tracción tienen mayor riesgo de recurrencias (5,11). Nuestra paciente presentó una rápida mejoría de síntomas posterior al inicio de la terapia, esperable en esta patología; sin embargo, por los efectos adversos asociados a la terapia, esta fue suspendida con recaída de síntomas respiratorios. Por dicha razón, se debe individualizar el manejo basado en el contexto clínico y psicosocial de cada paciente,

buscando la mejor alternativa terapéutica con menores efectos.

Conclusiones

La baja frecuencia de esta patología la hace susceptible de ser infradiagnosticada y con amplio desconocimiento a nivel terapéutico y pronóstico, en especial en grupos etarios extremos como en el caso presentado. La ampliación de su conocimiento en la literatura médica, especialmente en nuestro país, permitirá abrir la puerta a nuevos estudios con el fin de determinar posibles causales y protocolos terapéuticos adecuados.

Agradecimientos: agradecemos al Hospital Regional de la Orinoquia, al Departamento de Investigación y al Departamento de Medicina Interna por permitir la realización de este trabajo.

Conflictos de interés: ninguno declarado por los autores.

Fondos: los autores declaran no haber recibido apoyo de ningún fondo.

Consentimiento informado: la paciente firmó su consentimiento para publicar información de la historia clínica, figuras y resultados según protocolo institucional.

Contribución de los autores: DAM: concepción, diseño del trabajo, obtención, interpretación, análisis de datos y redacción. ARU: concepción, diseño del trabajo, obtención, interpretación, análisis de datos y redacción. KNA: adquisición de datos. LGA: revisión del documento y aprobación final. HJCV: revisión del documento y aprobación final.

Referencias

1. Raghu G, Meyer KC. Cryptogenic organising pneumonia: current understanding of an enigmatic lung disease. *European Respiratory Review*. 2021 Aug 17;30(161):210094. doi: 10.1183/16000617.0094-2021
2. Chandra D, Maini R, Hershberger DM.

- Cryptogenic Organizing Pneumonia. Statpearls [Internet]. 2022 [Citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507874/>
3. King TE, Lee JS. Cryptogenic Organizing Pneumonia. Taichman DB, editor. *New England Journal of Medicine*. 2022 Mar 17 ;386(11):1058–69. <https://doi.org/10.1056/nejmra2116777>
4. Cherian SV, Patel D, Machnicki S, Naidich D, Stover D, Travis WD, et al. Algorithmic Approach to the Diagnosis of Organizing Pneumonia. *Chest*. 2022 Jul;162(1):156–78. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.12.659>
5. Kloth C, Thaiss WM, Beer M, Bösmüller H, Baumgartner K, Fritz J, et al. The many faces of cryptogenic organizing pneumonia (COP). *Journal of Clinical Imaging Science*. 2022 Jun 3;12:29. https://doi.org/10.25259/jcis_208_2021
6. Tzilas V, Poletti V, Bouros D. Reversed halo sign in radiation induced organizing pneumonia: natural course of the underlying pathophysiology. *Pulmonology*. 2021 Sep;27(5):460–4. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.12.015>
7. Quintero Barrios, MD. JL, Hernández Ruiz, MD. EA, Guarín Navas, MD. EG. Neumonía organizativa criptogénica. *Revista Colombiana de Neumología*. 2016 Dec 30;28(2):101–5. <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v28.n2.2016.221>
8. Camargo JP, Villa LM, García P, Sánchez E, Saavedra A. Neumonía organizada criptogénica como presentación inicial de la artritis reumatoide. *Acta Med Colomb [Internet]*. 2012 Jan 26 [Citado el 19 de abril de 2023];31(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482012000100005&lng=en
9. Davis B, Allauddin T. Cryptogenic Organizing Pneumonia: A Unique Case and Literature Review. *Cureus*. 2022 Jun 9;14(6):e25793. <https://doi.org/10.7759/cureus.25793>
10. Grigoravičius D, Žurauskas E, Gruslys V, Zablockis R, Danila E. Case of Severe Treatment-Resistant Cryptogenic Organizing Pneumonia. *Acta Med Litu*. 2021 Aug 26;28(2):12. <https://doi.org/10.15388/amed.2021.28.2.12>
11. Saito Z, Kaneko Y, Hasegawa T, Yoshida M, Odashima K, Horikiri T, et al. Predictive factors for relapse of cryptogenic organizing pneumonia. *BMC Pulm Med*. 2019 Jan 9;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0764-8>