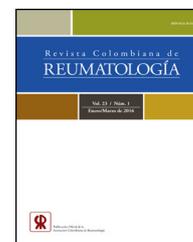




Asociación
Colombiana de
Reumatología

Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Informe de caso

Microlitiasis alveolar pulmonar

Jesús Giovanni Ballesteros Muñoz^{a,b,*}, Jorge Enrique Medina Rosas^{b,c},
Juan Manuel Bello Gualtero^d, John Darío Londoño Patiño^{b,c},
Claudia Marsella Guzmán Vergara^d, César Augusto Gutiérrez^e,
José Ignacio Angarita Céspedes^e y Rafael Valle-Oñate^{a,d}

^a Departamento de Reumatología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia

^b Grupo de Estudio de Espondiloartropatías, Universidad de La Sabana, Bogotá, D.C., Colombia

^c Departamento de Reumatología, Universidad de La Sabana, Bogotá D.C., Colombia

^d Departamento de Reumatología, Hospital Militar Central, Bogotá D.C., Colombia

^e Hospital La Victoria, Universidad de La Sabana, Bogotá D.C., Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de octubre de 2013

Aceptado el 24 de febrero de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Microlitiasis alveolar pulmonar

Keywords:

Pulmonary alveolar microlithiasis

R E S U M E N

La microlitiasis pulmonar alveolar es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de múltiples microcalcificaciones intraalveolares y subpleurales. Presentamos el caso de un paciente asintomático respiratorio, con historia clínica de artritis reumatoide y enfermedad renal crónica.

© 2016 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pulmonary alveolar microlithiasis

A B S T R A C T

Pulmonary alveolar microlithiasis is an uncommon disease of unknown aetiology, and is characterised by the presence of multiple sub-pleural and intra-alveolar microcalcifications. We present the case of a patient with rheumatoid arthritis and chronic renal disease, but with no respiratory symptoms.

© 2016 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgallesterosmunoz@gmail.com (J.G. Ballesteros Muñoz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.02.006>

0121-8123/© 2016 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La microlitiasis alveolar pulmonar (MAP) es una entidad rara que se caracteriza por la presencia de gránulos microscópicos de fosfato de calcio a nivel alveolar, conocidos como microlitos o calcosferitas¹⁻⁴. Epidemiológicamente, el número de casos descritos en el mundo varía de acuerdo con las referencias bibliográficas, aunque no se superan los 600 casos¹, sin predilección geográfica específica, reportándose casos en todos los continentes⁵⁻⁸. Se observa con más frecuencia en Europa y Asia, siendo los países con el mayor número de casos Japón⁸, Turquía^{9,10} e Italia^{11,12}.

Se considera una enfermedad sistémica¹³ y se han descrito dos formas de presentación, la primera es de carácter familiar hasta en el 50% de los casos¹⁴ y la segunda de carácter esporádico, al no haber relación directa con los miembros familiares¹⁵.

La incidencia de acuerdo al género es variable, aunque en algunas series de casos se reporta de 2:1, mujeres a hombres con predominio de presentación familiar¹⁶, en otras series se hace referencia a mayor proporción en hombres, siendo la mayoría de presentación esporádica, como en los casos en que se toman radiografías de tórax de forma rutinaria para cumplir requisitos laborales o para enrolarse en el ejército^{8,12}. La edad de presentación no está definida, dado que se reportan casos en todas las edades¹⁶, siendo la mayoría descritos entre la segunda y quinta década de la vida^{5,8,17}.

En Colombia se conocen 6 casos que se pueden rastrear y referenciar por diferentes bases de datos (incluido este), con una presentación predominantemente familiar¹⁸⁻²¹.

Presentación de caso

Se trata de un hombre de 44 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias del hospital por presentar un cuadro clínico de 6 días de evolución, consistente en dolor epigástrico, tipo ardor, asociado a náuseas y fiebre no cuantificada. Refería antecedentes de artritis reumatoide diagnosticada 15 años atrás, nefrectomía derecha por pielonefritis, consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos, enfermedad renal crónica secundaria, negaba estar tomando glucocorticoides; y manifestó como antecedente familiar la presencia de enfermedad pulmonar en un hermano (después precisada como MAP). Tabaquismo de 3,5 paquetes/año. No refería haber presentado síntomas respiratorios como tos o disnea, así como la presencia de polaquiuria. Negaba presentar inflamación articular o rigidez matutina y ocasionalmente dolor en la segunda articulación metacarpofalángica derecha.

Al ingreso el paciente estaba afebril, deshidratado, con los siguientes signos vitales: presión arterial 120/75 mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto. Peso 47,5 kg, talla 1,62 metros, índice de masa corporal 18,1 kg/m². Saturación arterial de oxígeno de 91%, con fracción inspirada de oxígeno de 0,21. Al examen físico general no se encontraron ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen blando, sin presentar signos de irritación peritoneal. No se encontró inflamación o dolor articular, manos con deformidades en cuello de cisne

y desviación cubital. Sin otras alteraciones llamativas. Electrocardiograma normal. El hemograma mostró anemia con volúmenes corpusculares normales, discreta leucocitosis a expensas de los neutrófilos y ligera trombocitosis. El nitrógeno ureico y la creatinina sérica estaban elevados, parcial de orina con presencia de leucocituria, hematuria, nitritos positivos además de cilindros granulados. La radiografía de tórax reveló la presencia de opacidades micronodulares difusas en ambos campos pulmonares y en la tomografía de tórax de alta resolución se observaban pequeñas y numerosas calcificaciones del tamaño de «granos de arena».

Se consideró como probabilidad diagnóstica la tuberculosis miliar, por lo que se inicia tratamiento antituberculoso; el paciente evoluciona sin cambios en su estado, mejoría de sintomatología urinaria con inicio de antibiótico parenteral y mejoría del dolor abdominal, sin deterioro de su patrón respiratorio. Es valorado por el servicio de Neumología que considera que por hallazgos en la radiografía y tomografía de tórax es conveniente continuar con terapia antituberculosa y programar para fibrobroncoscopia. Posteriormente es valorado por el servicio de Nefrología que consideró seguimiento para eventual inicio de hemodiálisis.

Otros estudios mostraron factor reumatoide de 495 U/ml por nefelometría; niveles de ácido fólico, hierro sérico, transferrina, parathormona intacta, serología, ELISA VIH, serología para hepatitis B y C reportados como negativos y normales. Ecocardiograma transtorácico con fracción de eyección conservada de 65%, disfunción diastólica leve e hipertensión pulmonar leve.

Es llevado a fibrobroncoscopia donde se encontraron divisiones lobares y segmentarias normales, se realiza lavado broncoalveolar de segmento basal anterior izquierdo y se tomó biopsia transbronquial; el resultado del lavado broncoalveolar mostró escasos polimorfonucleares por campo, examen directo con hidróxido de potasio y coloración de Ziehl-Neelsen negativos, determinación de adenosina deaminasa negativa y cultivos negativos. El paciente evoluciona favorablemente sin disnea con resolución del dolor abdominal, con adecuada tolerancia a la terapia antituberculosa y se decide dar salida con orden de continuar tratamiento antituberculoso de forma ambulatoria y control en la consulta externa con reporte de patología. El paciente es valorado en la consulta externa de Neumología, donde se amplía la historia clínica con familiares refiriendo que al hermano se le diagnosticó MAP, 4 años atrás, con reporte de patología que sugería la presencia de MAP, por hallazgo de calcificaciones esféricas y lamelares, sin identificación de granulomas ni malignidad en el material revisado. Por tal motivo se decidió suspender terapia antituberculosa y continuar en control periódico por Neumología y Nefrología. La biopsia fue revisada por el servicio de Patología del Hospital Universitario Simón Bolívar de tercer nivel, así como del Instituto Nacional de Salud confirmando el diagnóstico de MAP.

Discusión

La MAP, fue descrita por primera vez en forma macroscópica en 1686, por Malpighi². Posteriormente Friederich en 1856, es quien describe varias formas de cuerpos amiláceos en el pulmón, que sugerían estar dentro del alvéolo, similares a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3385398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3385398>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)