



Protocolos de práctica asistencial de las eosinofalias pulmonares

S. Sánchez-Cuéllar, E. Vázquez Espinosa, E. García Castillo y J. Ancochea Bermúdez

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Eosinofilia pulmonar
- Eosinófilos
- Neumonía eosinófila

Keywords:

- Pulmonary eosinophilia
- Eosinophils
- Eosinophilic pneumonia

Resumen

Las eosinofalias pulmonares son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de eosinofilia periférica y/o en el tejido pulmonar asociadas a infiltrados pulmonares. El diagnóstico se basará en la historia clínica y el cuadro clínico-radiológico compatible; siendo el lavado broncoalveolar una de las pruebas más útiles para llegar al diagnóstico sin necesidad de confirmación histopatológica en la mayoría de los casos. Los corticosteroides permanecen como tratamiento estándar en la mayoría de ellas.

Abstract

Protocol clinical practice of pulmonary eosinophilia

Pulmonary eosinophilia are a heterogeneous group of diseases characterized by the presence of peripheral eosinophilia and / or lung tissue associated with pulmonary infiltrates. Diagnosis is based on clinical history, compatible clinical-radiological picture bronchoalveolar being one of the most useful tests for the diagnosis wash without histopathological confirmation in most cases. Corticosteroids remain the standard treatment in most of them.

Introducción

Las eosinofalias pulmonares (EP) son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de eosinofilia periférica y/o en el tejido pulmonar asociadas a infiltrados pulmonares. El diagnóstico se basará en la historia clínica y el cuadro clínico-radiológico compatible, siendo el lavado broncoalveolar (LBA) una de las pruebas más útiles para llegar al diagnóstico sin necesidad de confirmación histopatológica en la mayoría de los casos. Los corticosteroides permanecen como el tratamiento estándar en la mayoría de ellas.

Diagnóstico de las eosinofalias pulmonares

Infiltrados pulmonares y eosinofilia en sangre periférica

La eosinofilia en sangre periférica (SP) se define por un aumento del valor absoluto, más que por el porcentaje, y se considera patológica cuando se encuentra por encima de 350/ul.

Eosinofilia en el lavado broncoalveolar

El porcentaje normal de eosinófilos en el LBA no supera el 5 % e incluso, en sujetos sanos, está por debajo del 1 %. Por encima del 5 % se considera patológico.

Presencia de eosinofilia en el tejido pulmonar obtenido por biopsia transbronquial o biopsia pulmonar

Aunque la biopsia pulmonar (BP) abierta sigue siendo la prueba de oro para el diagnóstico de estas enfermedades, no suele ser necesaria en la mayoría de los casos, en los que el diagnóstico se basa en los criterios clínicos.

Una historia clínica detallada debe incluir las características de la sintomatología y el tratamiento actual, añadiendo la medicación prescrita anteriormente. Hay que interrogar sobre la toma de suplementos dietéticos y el consumo de drogas ilegales. La historia ocupacional y los antecedentes de viajes, así como la historia de enfermedades previas autoinmunes o de enfermedades crónicas sistémicas deben estar expuestos en la anamnesis y se debe investigar por signos y síntomas extrapulmonares.

En estos enfermos, con frecuencia podemos observar alteraciones analíticas como anemia, afectación renal, hematuria microscópica, alteración del perfil hepático, hipergammaglobulinemia, una elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) o de la proteína C reactiva (PCR) o un incremento de la inmunoglobulina E (IgE) son anomalías muy comunes, aunque no específicas de estas patologías.

La exploración radiológica desempeña un papel crucial en la evaluación de las EP. Si la radiografía (Rx) de tórax es anormal, puede ser que ésta sea la única exploración que se necesite, sin embargo, la tomografía computadorizada de alta resolución (TCAR) es más sensible y permite caracterizar mejor las anomalías del parénquima pulmonar, además de identificar la zona óptima para realizar el LBA o la biopsia. Las imágenes radiológicas de otros órganos potencialmente afectados en estas enfermedades como son el corazón, los senos paranasales o el abdomen pueden ser de gran utilidad en algunos casos para confirmar el diagnóstico.

Las técnicas invasivas como la broncoscopia con LBA son a menudo esenciales en la evaluación de las EP. La recogida del LBA permite procesar parte de la muestra para evaluar procesos infecciosos, y otra parte se utiliza para realizar un recuento celular de los leucocitos incluyendo los eosinófilos (un porcentaje de estos mayor del 25 % del recuento total puede diagnosticar una EP). La biopsia transbronquial (BTB) es útil en el diagnóstico de otras enfermedades como la sarcoidosis, las enfermedades malignas, las granulomatosis o las vasculitis. La videotoracoscopia asistida es un procedimiento quirúrgico, y está indicada cuando el diagnóstico no se ha obtenido por medios no invasivos.

La clasificación de las EP se resume en la figura 1 y el algoritmo diagnóstico se muestra en la figura 2.

Neumonía eosinófila crónica

Es una enfermedad rara de etiología desconocida, sin claro componente hereditario, que predomina en mujeres con una proporción de 2:1. Puede afectar a cualquier grupo de edad y aparece habitualmente en pacientes no fumadores. El antecedente de asma está presente en las dos terceras partes de

los afectados, y la mitad de los pacientes presentan atopía, historia de alergias medicamentosas, poliposis nasal, urticaria y/o eczema. El asma puede preceder previamente, coexistir o incluso aparecer después del diagnóstico de la neumonía eosinófila crónica (NEC). El inicio de los síntomas suele ser subagudo o crónico, con un tiempo medio hasta el diagnóstico que va de unas semanas hasta 7 meses. La presentación habitual es disnea, rinitis y/o sinusitis, dolor costal o hemoptisis. A nivel radiológico existen infiltrados alveolares bilaterales de predominio en los lóbulos superiores y áreas subpleurales, y que algunos autores han denominado el negativo fotográfico del edema pulmonar. Esta imagen no es patognomónica de la NEC, ya que se ha descrito en otras enfermedades respiratorias como la sarcoidosis, o en la neumonía organizativa criptogénica (NOC). La exploración funcional respiratoria no es específica y se puede observar una alteración ventilatoria mixta, obstructiva, restrictiva o incluso normal. Los eosinófilos en SP se encuentran elevados en la mayoría de los pacientes, con un valor entre 5.000-6.000 /mm³ en la mayoría de las series, que suele corresponder a un 20-30 % de los leucocitos totales, con una IgE elevada inferior a 1.000 KU/l. El porcentaje de eosinófilos en el LBA es mayor del 40 %. El cuadro clínico-radiológico, junto con las alteraciones analíticas, son suficientes para el diagnóstico de la NEC, sin necesidad de una confirmación histológica que se reservará para los casos atípicos o dudosos. La NEC responde claramente a los corticosteroides sistémicos, y la duración del tratamiento varía entre 6 y 12 meses, observando una mejoría clínica y/o radiológica a los pocos días de iniciar el tratamiento. La historia natural de la enfermedad es impredecible, y hay enfermos que presentan recaídas, sobre todo aquellos que han sido tratados durante menos de 6 meses. Se ha postulado que dichas recaídas pueden ser menos frecuentes en pacientes que reciben corticoides inhalados después de suspender los sistémicos.

Neumonía eosinófila aguda

Es la neumonía más grave dentro de las EP y de etiología desconocida. A diferencia de la NEC, la presentación es aguda, aparece con más frecuencia en fumadores sin antecedentes de asma y en gente joven, con predominio en los varones. Los síntomas habituales son disnea, fiebre, tos o dolor torácico tipo pleurítico (50-70 %) de menos de una semana de evolución y, a menudo, es frecuente observar insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda, precisando, en ocasiones, el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Los síntomas son indistinguibles de un proceso infeccioso agudo o del síndrome de distrés respiratorio (SDRA). A nivel radiológico existen infiltrados bilaterales mixtos con un patrón alveolar y opacidades intersticiales, acompañado a menudo de líneas B de Kerley. El número de eosinófilos en SP es normal en la mayoría de los casos; sin embargo, el porcentaje de eosinófilos en el LBA es mayor del 25 % del recuento celular total. La exploración funcional puede mostrar un trastorno ventilatorio restrictivo, con una disminución de la capacidad de transferencia de CO, y un incremento del gradiente alvéoloarterial de oxígeno. El diagnóstico de la neumonía eosinófila

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808487>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808487>

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