

# Diagnósticos y procedimientos en 500 pacientes consecutivos con sospecha clínica de enfermedad pulmonar intersticial

Ferran Morell<sup>a</sup>, Leonardo Reyes<sup>a</sup>, Gema Doménech<sup>b</sup>, Javier de Gracia<sup>a</sup>, Joaquim Majó<sup>c</sup> y Jaume Ferrer<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Departament de Medicina U.A.B. CIBERES CB 06/036. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

<sup>b</sup>Laboratori de Bioestadística i Epidemiologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**OBJETIVO:** Determinar las tasas de diagnósticos alcanzados con el seguimiento de las directrices actuales y los procedimientos que deben utilizarse para establecer el diagnóstico definitivo mediante la aplicación del nuevo protocolo en la evaluación de los pacientes con sospecha de enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Durante un período de 10 años se evaluó, mediante un único protocolo diagnóstico, a 500 pacientes consecutivos atendidos en una consulta ambulatoria de EPI que presentaban las características de esta enfermedad. Los resultados se introdujeron en una base de datos específica y los diagnósticos de neumonía intersticial idiopática (NII) se establecieron siguiendo los criterios del reciente Consenso.

**RESULTADOS:** Se estableció un diagnóstico definitivo en 427 pacientes (85%), en 125 de ellos sin procedimientos invasivos y en 302 con procedimientos invasivos. En 73 casos (14,6%) no se alcanzó un diagnóstico definitivo y en estos pacientes se estableció el diagnóstico de neumonía intersticial no clasificable. La NII constituyó el grupo predominante, con 193 casos (39%). Las entidades específicas principales fueron: sarcoidosis (n = 93; 19%), neumonía intersticial usual (n = 84; 17%) y neumonitis por hipersensibilidad (n = 75; 15%). En 30 pacientes (6%) se estableció el diagnóstico de una enfermedad distinta a la EPI (falsa neumonía intersticial). Se realizó un total de 433 procedimientos invasivos en 332 pacientes (66%): biopsia transbronquial en 252 (rendimiento diagnóstico directo: 38% y rendimiento diagnóstico cuando se utilizó para excluir otros diagnósticos específicos: 50%); lavado broncoalveolar en 260 (rendimiento diagnóstico: 5%), y biopsia pulmonar quirúrgica en 141 (rendimiento diagnóstico: 93%). Por lo tanto, siguiendo el protocolo diagnóstico actual, se estableció un diagnóstico definitivo en el 85% de los pacientes; de ellos, en el 25% el diagnóstico se estableció únicamente en función de los datos clínicos y de los criterios de imagen, mientras que en el 60%

se realizó con procedimientos invasivos. En 141 pacientes (28%) fue necesaria la biopsia pulmonar quirúrgica para establecer el diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** La tasa de diagnósticos es elevada cuando se utiliza el protocolo de estudio recomendado. La cuarta parte de los diagnósticos se efectúa mediante criterios clínicos como procedimiento único; sin embargo, otra cuarta parte de los diagnósticos requiere la realización de una biopsia pulmonar quirúrgica.

**Palabras clave:** *Neumonitis intersticial. Procedimientos diagnósticos. Rendimiento diagnóstico. Enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Neumonías intersticiales idiopáticas. Neumonía intersticial usual. Neumonía intersticial no clasificable. Neumonía intersticial no específica. Biopsia pulmonar quirúrgica. Sarcoidosis. Neumonitis por hipersensibilidad. Lavado broncoalveolar..*

## Diagnoses and Diagnostic Procedures in 500 Consecutive Patients With Clinical Suspicion of Interstitial Lung Disease

**OBJECTIVE:** To determine the diagnostic yield achieved with the application of current recommendations for evaluating patients with suspected interstitial lung disease (ILD) and the procedures that must be applied to reach a definitive diagnosis.

**PATIENTS AND METHODS:** Over a 10-year period, 500 consecutive patients attending an ILD outpatient clinic who showed features of diffuse lung involvement were assessed with a single diagnostic protocol. Results were introduced in a dedicated database and diagnoses for idiopathic interstitial pneumonia were established according to a recent consensus classification.

**RESULTS:** A definitive diagnosis was reached in 427 (85%) patients: in 125 without invasive procedures and in 302 with invasive procedures. In 73 (14.6%) cases a definitive diagnosis was not reached, and patients were placed in the group of unclassifiable interstitial pneumonia. Idiopathic interstitial pneumonia was the predominant group with 193 (39%) patients. The main specific entities included sarcoidosis with 93 (19%) patients, usual interstitial pneumonia with 84 (17%)

Estudio financiado parcialmente por la Fundació Catalana de Pneumologia (FUCA) y por CIBER CB 06/036, Instituto de Salud Carlos III.

Correspondencia: Dr. F. Morell.

Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.

Correo electrónico: fmorell@vhebron.net

Recibido: 24-10-2006; aceptado para su publicación: 20-3-2007.

patients, and hypersensitivity pneumonitis with 75 (15%) patients. Thirty (6%) patients were diagnosed with an illness other than ILD (false ILD). In 332 patients, we performed a total of 433 invasive procedures: transbronchial biopsy in 252 (direct diagnostic yield, 38%, or if used also to exclude other specific diagnosis, 50%), bronchoalveolar lavage in 260 (yield, 5%), and open lung biopsy in 141 (yield, 93%). Hence, following the current diagnostic approach, a definitive diagnosis was established for 85% of patients, for 25% solely on clinical grounds and imaging criteria and for 60% on the basis of invasive procedures. Diagnosis by open lung biopsy was still required for 141 (28%) patients.

**CONCLUSIONS:** The diagnostic yield was high when the recommended study protocol was followed. A quarter of the diagnoses were reached with clinical criteria alone, but another quarter could only be made after open lung biopsy.

**Key words:** *Interstitial lung diseases. Idiopathic interstitial pneumonias. Unclassified interstitial pneumonia. Nonspecific interstitial pneumonia. Sarcoidosis. Hypersensitivity pneumonitis. Diagnostic yield. Open lung biopsy. Bronchoalveolar lavage.*

## Introducción

El término enfermedad pulmonar intersticial (EPI) engloba un grupo heterogéneo de más de 150 entidades clínicas que afectan de manera difusa a los pulmones<sup>1</sup>. Son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre la EPI, y en los que se han efectuado ha habido diferencias tanto en los métodos utilizados para establecer el diagnóstico como en la frecuencia de las diversas entidades clínicas estudiadas<sup>2-8</sup>. Las directrices diagnósticas propuestas por la American Thoracic Society (ATS)<sup>9</sup> y la European Respiratory Society (ERS)<sup>10</sup> respecto a las fibrosis pulmonares idiopáticas (FPI) recomiendan el cumplimiento de los protocolos diagnósticos estandarizados y el uso más intensivo de procedimientos diagnósticos invasivos, tales como la biopsia transbronquial y la biopsia pulmonar quirúrgica (BPQ), siempre que sea necesario. El hecho de que algunas enfermedades carezcan de un tratamiento efectivo, una vez que se ha completado el estudio diagnóstico, ha llevado a que los clínicos rechacen con frecuencia la realización de todos los procedimientos diagnósticos necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo<sup>11</sup>. Esta actitud ha dificultado el conocimiento de la incidencia y la prevalencia reales de las diferentes entidades que constituyen el grupo de las EPI, y también ha hecho que en la práctica clínica el porcentaje de diagnósticos plenamente demostrados sea bajo<sup>2-8</sup>.

Además de los 511 casos recogidos en el Registro Español de EPI en los años 2000 y 2001<sup>8</sup>, en España sólo se ha descrito una serie de cierta envergadura constituida por 94 pacientes<sup>12</sup>. Este estudio, realizado por nuestro grupo, se publicó en 1982 y tenía como objetivo principal el análisis del rendimiento diagnóstico de la BPQ. En el presente estudio, efectuado 25 años después de aquél, se han seguido las recomendaciones diagnósticas actuales respecto a la EPI<sup>13</sup> y las clasificaciones de consenso también actuales en relación con las neumo-

nías intersticiales idiopáticas (NII)<sup>9,10</sup>, con objeto de determinar las tasas de diagnóstico alcanzado mediante el uso de estas recomendaciones y procedimientos que deben aplicarse para establecer un diagnóstico definitivo. Algunas entidades clínicas incluidas en nuestro estudio no son en realidad procesos pulmonares intersticiales; sin embargo, el hecho de que los pacientes con estos cuadros presenten en ocasiones un patrón intersticial difuso en la radiografía de tórax o en la tomografía computarizada (TC) hace que en la práctica se les remita a la consulta ambulatoria de EPI. Por tanto, en la práctica clínica cotidiana estos procesos también se incluyen en el diagnóstico diferencial de estas entidades.

## Pacientes y métodos

### *Pacientes*

Entre enero de 1995 y marzo de 2004, en la consulta externa de EPI se estudió a 500 pacientes consecutivos aplicando un protocolo diagnóstico específico y recomendado para esta entidad<sup>13</sup>. En la clasificación de los pacientes se tuvieron en cuenta las nuevas recomendaciones de consenso de la ATS y la ERS para la FPI y la NII<sup>9,10</sup>. En el estudio se incluyó a todos los pacientes que presentaban características de afectación pulmonar difusa en la radiografía o en la TC.

### *Protocolo diagnóstico, criterios y clasificación*

En una base de datos diseñada específicamente para el estudio se recogieron los datos siguientes: edad, sexo, antecedentes clínicos, antecedentes farmacológicos, antecedentes laborales completos, contacto previo con antígenos o con sustancias potencialmente peligrosas y contacto con animales, especialmente con pájaros y aves de corral. También se recogieron los signos y síntomas detectados en la exploración física inicial. En todos los pacientes se llevaron a cabo las siguientes pruebas analíticas sanguíneas: hemograma, recuento leucocitario total y diferencial, valores de fibrinógeno, enzima conversiva de la angiotensina, anticuerpos antinucleares, calcio y lactato-deshidrogenasa (con sus 5 isoenzimas); además, se determinaron las concentraciones de calcio en muestras de orina de 24 h.

Se llevó a cabo una batería de pruebas de hipersensibilidad cutánea retardada<sup>14</sup>. En los pacientes con sospecha de neumonitis por hipersensibilidad se efectuaron determinaciones de la inmunoglobulina G específica (técnicas de precipitación o enzimo-inmunoanálisis de adsorción), así como pruebas cutáneas específicas y pruebas de provocación bronquial con el antígeno sospechado<sup>15</sup>. Las pruebas de función pulmonar se evaluaron mediante los valores de referencia para la población mediterránea<sup>16</sup>. Se realizaron a todos los pacientes radiografía de tórax y TC torácica de alta resolución. A los que se consideró indicado, se les efectuó broncofibroscopia y lavado broncoalveolar (LBA) con un estudio citológico consistente en la cuantificación porcentual de los linfocitos T y B, determinación de las subpoblaciones de linfocitos T y, en los casos de sospecha de histiocitosis de células de Langerhans, evaluación de los receptores CD1 específicos. En todos los casos se realizaron cultivos para los microorganismos habituales y para el bacilo de la tuberculosis. En algunos pacientes en que se consideró indicado se llevaron a cabo 4 biopsias transbronquiales (BTB) de manera sistemática. En otros pacientes se realizó una biopsia extrapulmonar para descartar la afectación de órganos diferentes de los pulmones. Cuando tras la realización de todas las pruebas citadas no fue posible establecer un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4204612>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4204612>

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