

0124

BRONQUIOLITIS OBLITERANTE



Haberkorn Magdalena | Campos y Laurencena, María Cecilia |
Pereira, Mario | Blanche Soaje, Emmanuel | González de Prado, German.

cecilia-laurencena@gmail.com

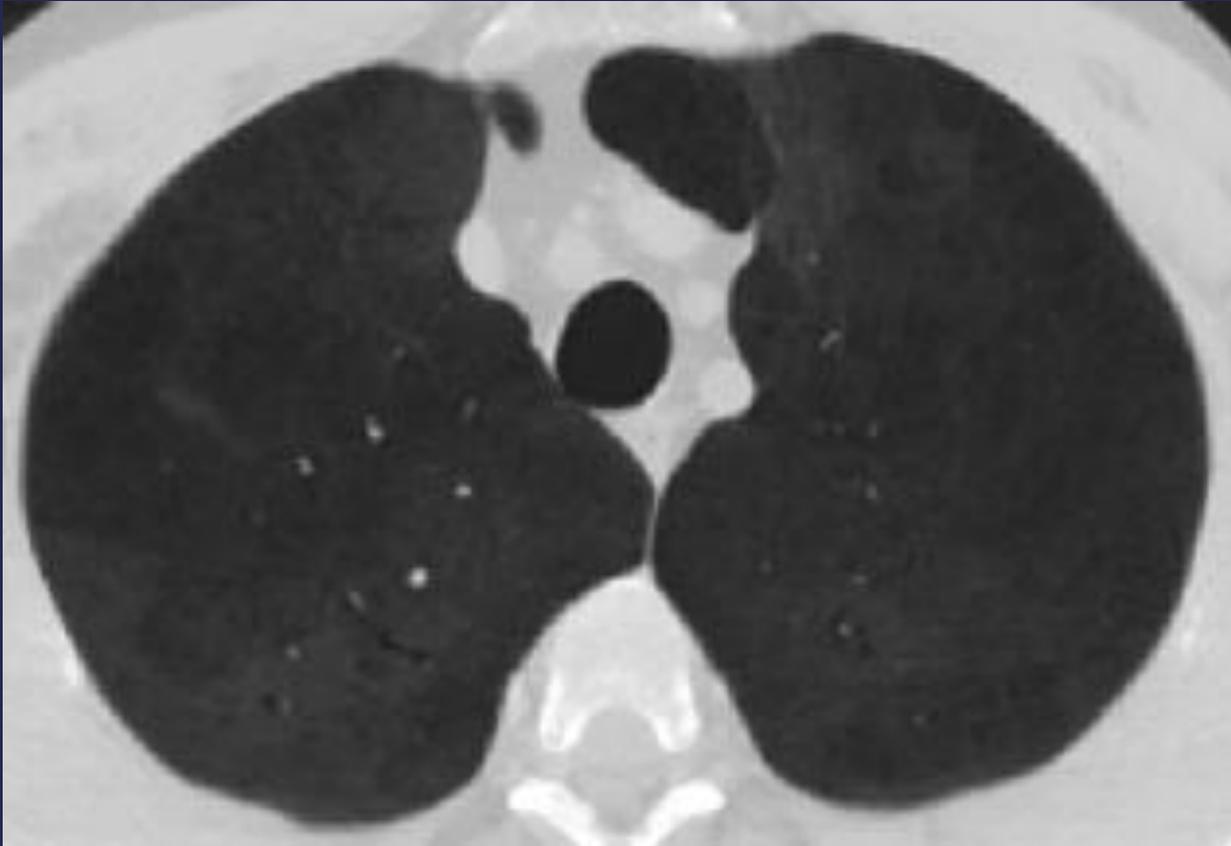
CABA, Argentina

Presentación del caso

- Paciente masculino de 44 años consulta por control de enfermedad pulmonar. Refiere diagnóstico de enfisema de causa desconocida en 2014.
- Múltiples pruebas de alfa 1 antitripsina negativas.
- Niega tabaquismo.
- Al momento del estudio refiere disnea clase funcional II.
- Antecedentes de hermana fallecida por la misma patología, desconoce su diagnóstico.

Hallazgos imagenológicos

- La tomografía evidencia engrosamiento del intersticio peri-bronquial de aspecto inflamatorio. Se asocia con atrapamiento aéreo y marcado enfisema panlobulillar a predominio de lóbulos inferiores.



Discusión

- La Bronquiolitis obliterante se caracteriza por un estrechamiento luminal concéntrico de los bronquiolos membranosos y respiratorios como resultado de la inflamación y fibrosis submucosa- peribronquiolar sin ningún tejido de granulación intraluminal o pólipos. Hay ausencia de inflamación parenquimatosa difusa.
- Puede ser de causa idiopática, de etiología post infecciosa, inhalatoria exposicional, medicamentosa, por hiperplasia neuroendocrina, post trasplante cardiopulmonar o de células hematopoyéticas, o bien asociarse a enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Swyer-James o artritis reumatoidea.
- El curso clínico de la enfermedad es progresivo y a menudo conduce a la insuficiencia respiratoria
- crónica.
- La tomografía demuestra una afectación parcheada con un patrón en mosaico representando el atrapamiento aéreo. También puede reconocerse engrosamiento de la pared bronquial, bronquiectasias, tapones mucosos o atelectasias. Cabe destacar que estos hallazgos imagenológicos son compartidos con otras patologías como lo son el asma o el enfisema panlobulillar en el déficit de alfa-1 antitripsina, por lo que es indispensable una historia clínica completa.
- El diagnóstico definitivo es histopatológico y el tratamiento es fundamentalmente de soporte.
- Debido al diagnóstico habitual de la enfermedad en las fases tardías, en las que predomina un componente fibroso irreversible, es poco probable que el tratamiento sea capaz de modificar el estado de la enfermedad al diagnóstico y la evolución de la misma, siendo necesario el trasplante en los casos más graves.

Conclusión

La bronquiolitis obliterante es una patología que puede tener diagnóstico tardío, donde si bien la tomografía presenta hallazgos sugestivos los mismos no son específicos, por lo que es indispensable contextualizarlos acorde a una historia clínica completa a fin de alcanzar un diagnóstico oportuno y así favorecer a la calidad y sobrevida de los pacientes.

- Rodríguez Mondéjar, Maria Remedios; Martín Martín, Beatriz; Moreno Pastor, Ana; Rodríguez Rodríguez, Manuel Luis; Sánchez González, Ana. Enfermedad de la vía aérea pequeña. Lo que el radiólogo debe saber. SERAM 2010.
- Valle Velasco González, Isabel Delgado Pecellín, Blanca Selva Folch. Bronquiolitis obliterante. Asociación Española de Pediatría. 2017.
- Fernando Saldías P., Orlando Díaz P., Sergio González B., Rodrigo Osses A. Evaluación clínico-radiológica y clasificación de la bronquiolitis del adulto. Rev. méd. Chile vol.139 no.9 Santiago set. 2011.