

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: A PROPOSITO DE UN CASO

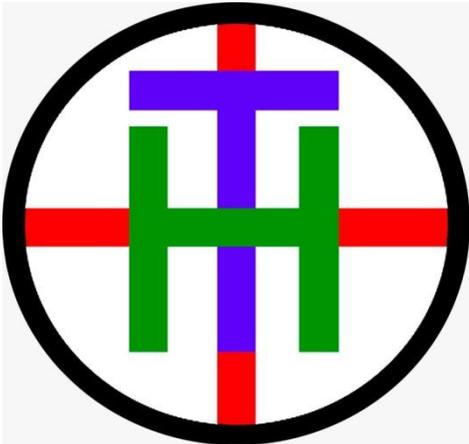
Autores: Juan Ignacio PERALTA, Andres Esteban SAEZ, Andres Julian VANRELL, Enrico CASCO.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

CABA. Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

e-mail: juaniperalta@gmail.com



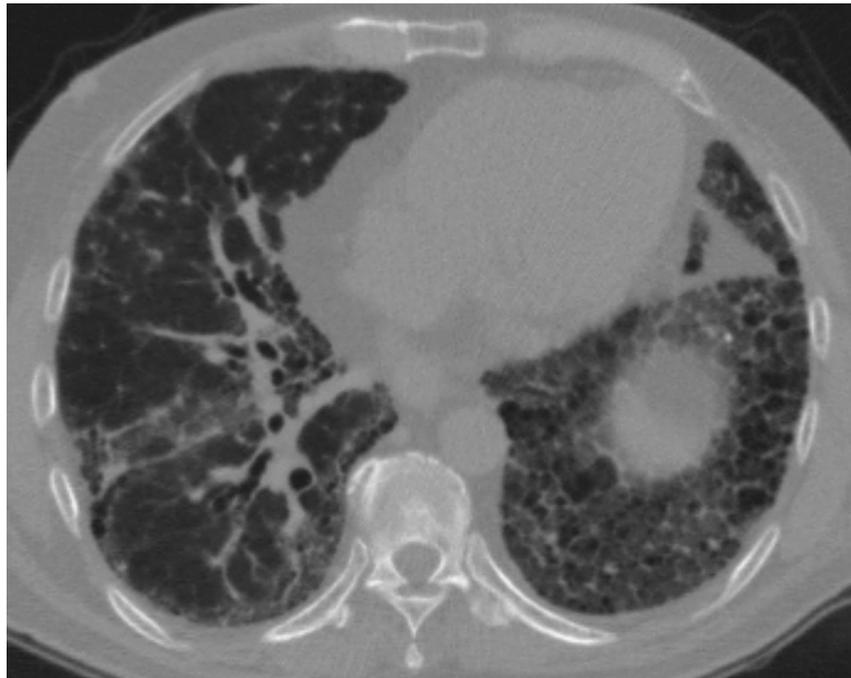
Presentación clínica:

Paciente masculino de 46 años disnea, tos seca, pérdida de peso y signos de hipocratismo digital.

Hallazgos imagenológicos:

Se realizó tomografía computada de tórax sin contraste endovenoso, demostrándose patrón en panal con engrosamiento del intersticio interlobulillar, reticulaciones subpleurales bilaterales, bronquiectasias y bronquiloectasias asociadas reconociéndose tractos densos pleuroparenquimatosos algunos de ellos impresionan de aspecto confluentes, de aspecto pseudonodular, a predominio del segmento posterobasal de ambos lobulos inferiores. Engrosamiento de la pleural y cisural bilateral.

Asimetría pulmonar con menor volumen del lado izquierdo a expensas de atelectasia parcial del segmento apicoposterior lóbulo superior izquierdo.



Discusión:

La fibrosis pulmonar idiopática tiene como sustrato histológico el patrón de neumonía intersticial usual (NIU).

Cuando se identifican los hallazgos característicos, la tomografía computada de alta resolución (TCAR) tiene un alto grado de correlación con este patrón histológico, obviando en esos casos la necesidad de realizar biopsia. La exactitud del diagnóstico de NIU en TCAR se basa en la detección de signos de fibrosis con una distribución particular. Los signos más específicos de fibrosis son el panal y las densidades reticulares con bronquiolectasias por tracción. La localización de las alteraciones, predominantemente en la periferia de los sectores basales y posteriores de los pulmones, es la característica más específica de la NIU junto con los signos de fibrosis.

La actualización de las Guías de Práctica clínica de la ATS/ERS/JRS/ALAT de FPI y la declaración de Consenso de la Sociedad Fleischner, proponen clasificar los patrones tomográficos tomando en cuenta los aspectos antes considerados. Ambos documentos eliminan el patrón de “posible NIU” de la clasificación anterior y establecen las siguientes cuatro categorías: patrón NIU, patrón NIU probable, patrón indeterminado y patrones de diagnóstico alternativo. Uno de los aportes de esta nueva clasificación es que abre la posibilidad de hacer diagnóstico de FPI sin necesidad de biopsia quirúrgica en los pacientes con patrón de probable NIU en un contexto clínico adecuado. Si bien ambas coinciden en establecer la presencia de panal como clave para el patrón NIU definitivo, también coinciden en que el acuerdo interobservador para identificación de éste es solo moderado. Por esta razón, parece relevante enfatizar que la distribución de los cambios fibróticos es también importante en la identificación del patrón tomográfico, de modo que en casos de fibrosis con distribución típica de NIU (subpleural basal y heterogénea), en contexto clínico adecuado, se recomienda categorizarlas como patrón NIU definitivo aun cuando exista duda respecto a si los cambios fibróticos corresponden a panal o bronquiolectasias por tracción.

Conclusión:

La TCAR tiene un papel central en el algoritmo de estudio de la FPI, aportando los patrones definitivo y probable de NIU, que permiten obviar la biopsia quirúrgica en contextos clínicos adecuados.

Bibliografía:

- 1.- Sundaram B, Gross BH, Martínez FJ, Oh E, Müller NL, Schipper M, et al. Accuracy of high-resolution CT in the diagnosis of diffuse lung disease: effect of predominance and distribution of findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191: 1032-9.
- 2.- Mayo JR. CT evaluation of diffuse infiltrative lung disease: dose considerations and optimal technique. *J Thorac Imaging* 2009; 24: 252-9.
- 3.- Hunninghake GW, Lynch DA, Galvin JR, Gross BH, Müller N, Schwartz DA, et al. Radiologic findings are strongly associated with a pathologic diagnosis of usual interstitial pneumonia. *Chest* 2003; 124: 1215-23.
- 4.- Akira M, Inoue Y, Kitaichi M, Yamamoto S, Arai T, Toyokawa K. Usual interstitial pneumonia and nonspecific interstitial pneumonia with and without concurrent emphysema: thin-section CT findings. *Radiology* 2009; 251: 271-9.
- 5.- Watadani T, Sakai F, Johkoh T, Noma S, Akira M, Fujimoto K, et al. Interobserver variability in the CT assessment of honeycombing in the lungs. *Radiology* 2013; 266: 936-44.
- 6.- Webb WR, Müller NL, Naidich DP. *Highresolution CT of the lung* 4th Ed. Lippincot Williams and Wilkins. Philadelphia, USA, 2009.