

## **B-71. Neumonía eosinofílica como forma de exacerbación de neumonía intersticial no específica. Presentación un caso**

Posligua S, Sanchez M, Lavaccara D, Giayetto M, Gonzalez Ginestet C, Peyrano L, Gallardo MV, Morandi V Grodnitzky ML, Tabaj G, Malamud P.

**Introducción:** El diagnóstico clínico de eosinofilia pulmonar (EP) se realiza mediante la presencia de la combinación de opacidades pulmonares en la radiografía de tórax y niveles elevados de eosinófilos en sangre periférica o en el BAL. Una vez realizado el diagnóstico de EP, se necesita poner en marcha un abordaje acabado para poder arribar a un diagnóstico correcto, ya que múltiples entidades nosológicas cursan con EP como epifenómeno (vasculitis, parasitosis, fármacos, micosis alérgicas, neoplasias, infecciones, síndromes hipereosinofílicos, radioterapia) y en algunos casos, se trata de una entidad idiopática.

La neumonía intersticial no específica (NSIP) es una de las patentes histopatológicas que puede asociarse con enfermedades del tejido conectivo, exposición a fármacos o a agentes ambientales, o alteraciones inmunológicas. Se trata también de una entidad nosológica propiamente dicha, refiriéndose al caso de las NSIP idiopáticas en donde no es posible identificar un factor causal. Se presenta fundamentalmente con tos y disnea, restricción en la espirometría y alteración del intercambio gaseoso. En la TC se observa vidrio esmerilado con o sin reticulaciones y bronquiectasias de tracción.

**Objetivos:** Presentación de un caso clínico con neumonía eosinofílica como forma de exacerbación de neumonía intersticial no específica.

**Caso:** Paciente tabaquista masculino de 66 años de edad, que consulta por fiebre, mialgias y artralgias de grandes articulaciones asociado a disnea progresiva y tos con expectoración mucosa de 3 semanas de evolución. Como antecedentes, refiere TBQ (100p/y), adenocarcinoma de colon reseccionado 5 meses previos a la consulta en nuestra institución. Al examen físico se encontraba febril, con estertores crepitantes en ambas bases. Clubbing en ambas manos.

### **Estudios complementarios:**

**TC de Tórax** 2 meses previos a la consulta y al ingreso: reticulaciones y vidrio esmerilado bilateral con predominio subpleural en ambas bases. Sin evidencias de bronquiectasias ni panal de abejas.

**TC de Tórax** al ingreso en nuestra institución: se observa progresión del vidrio esmerilado con algunas áreas de consolidación y broncograma aéreo en ambas bases, bronquiectasias de tracción y retículo ("agudo y crónico").

Se solicita laboratorio inmunológico negativo (con Ac anti Jo1 negativo), IGE 757, GB 13.000 con eosinófilos 11% (1441), CPK 934, HIV ELISA negativo.

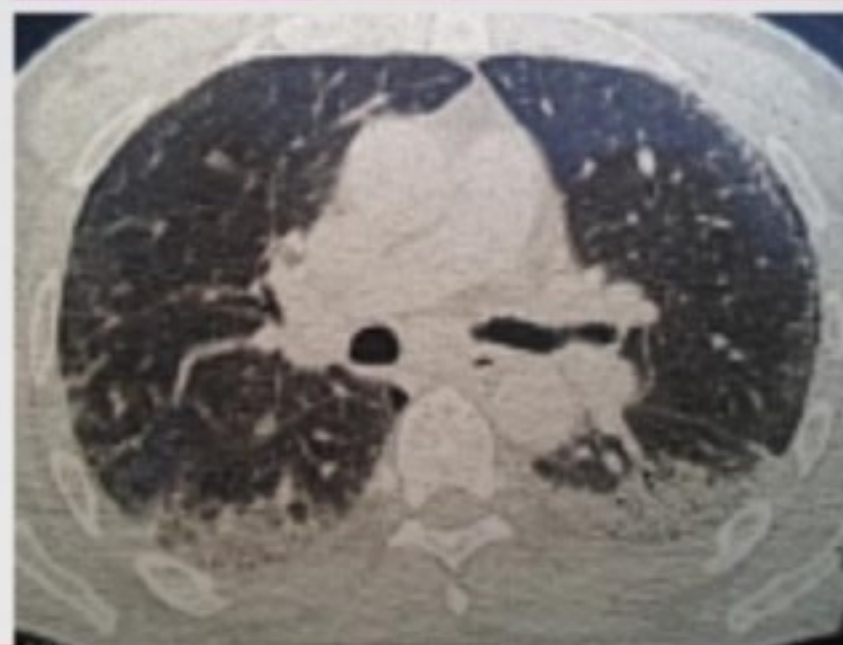
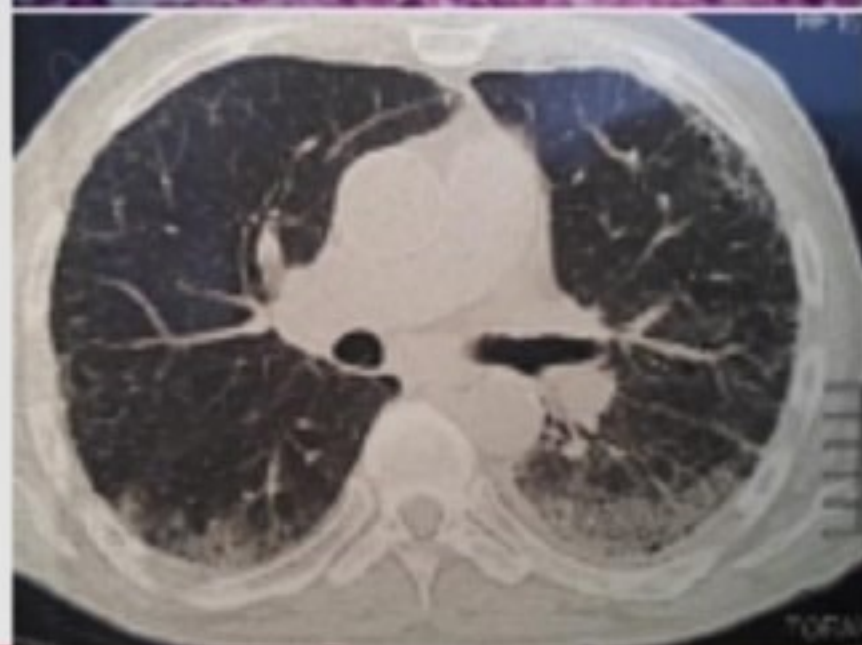
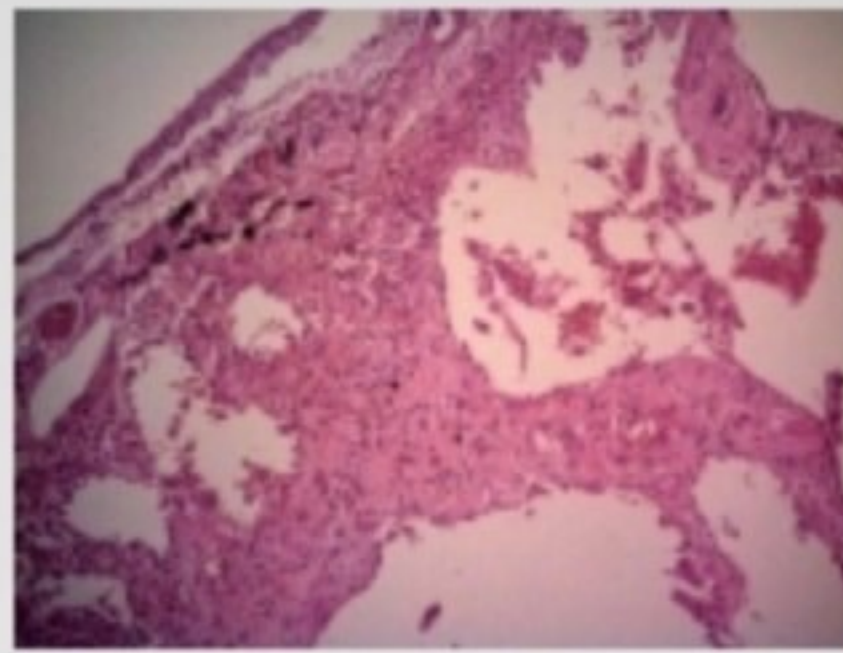
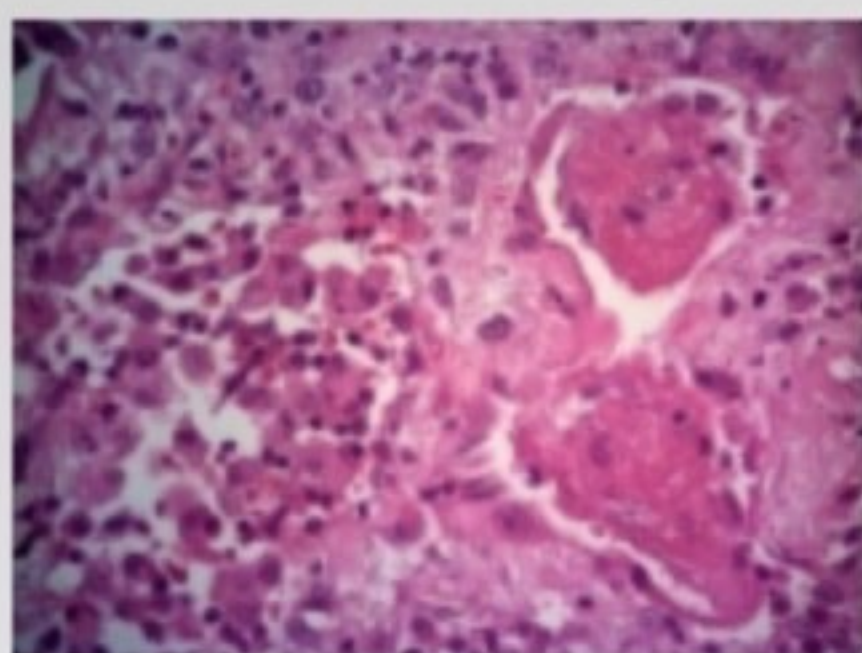
EFR: defecto ventilatorio restrictivo (FVC 49%, TLC 62%) con DLCO de 39%.

Se realiza FBC sin lesiones endoscópicas, BAL: macrófagos 35%, linfocitos 18%, eosinófilos 12% y PMN 33%. BTB: hallazgos incharacterísticos pero con incremento de eosinófilos. Sin rescate microbiológico.

Se realizó biopsia muscular: sin lesiones de fibra muscular.

Se decide la realización de biopsia pulmonar por VATS que informa: neumonía intersticial parcheada con áreas de neumonía intersticial de tipo celular con incremento de eosinófilos. Áreas de injuria aguda y áreas de organización y fibrosis. Cuadro morfológico vinculable a neumonía eosinofílica.

Se interpretó el cuadro como una exacerbación de NSIP con patente de neumonía eosinofílica, iniciando tratamiento con esteroides a 1 mg/kg/día con evolución clínica, funcional y radiológica favorable. El paciente continúa en seguimiento con neumonología y oncología.



**Conclusiones:** El pulmón presenta un repertorio limitado en lo que se refiere a reparación. Esto es lo que conocemos como patentes anatomopatológicas. Además, las neumonías intersticiales pueden cursar con exacerbaciones, la más reconocida es la exacerbación de la FPI, pero también se han descrito exacerbaciones en otras EPD, como en el caso de la NSIP. Durante las exacerbaciones, en la anatomía patológica se observan patentes agudas: daño alveolar difuso, neumonía en organización o bien, neumonía eosinofílica como en este caso; superpuesto en una patente de afectación crónica, en este caso NSIP.