

Bronquiolitis obliterante: dificultades de la definición

R. Orriols Martínez y C. Bravo Masgoret

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Las vías aéreas pulmonares más distales o bronquiolos son considerados como la zona transicional entre los conductos aéreos y las zonas de intercambio gaseoso del pulmón¹. El término bronquiolitis es un nombre genérico e inespecífico que define la inflamación de los bronquiolos². Toda inflamación comporta una serie de eventos como son el edema, la infiltración celular y posteriormente los intentos más o menos adecuados de reparación. Cuando esto ocurre en los bronquiolos, puede producirse, hablando desde un punto de vista anatómico, disminución de la luz de estas estructuras. Hasta aquí, creo que la mayoría estaremos de acuerdo. La confusión se plantea cuando se quiere colocar un apellido a la bronquiolitis. El término que nos ha sugerido la revista, bronquiolitis obliterante es, en este sentido, ejemplarizador. Se ha utilizado de modo indiscriminado por patólogos y clínicos para definir y clasificar entidades muy distintas y, por tanto, cuando se menciona nos podemos estar refiriendo a algo muy diferente de aquello que nuestro interlocutor está interpretando. Nuestra intención en este editorial pretende comentar el tema sobre todo desde un punto de vista práctico, desde un punto de vista útil en cuanto a la toma de decisiones del médico respecto al paciente.

Un primer nivel de confusión es por supuesto terminológico. Un patólogo puede definir una lesión de bronquiolitis obliterante como la existencia en los bronquiolos de pólipos de tejido conectivo uniformes en cuanto a la edad de regeneración, con fibroblastos y capilares, además de células inflamatorias en su zona central. Presumiblemente dependiendo del material disponible se nos puede detallar también que este tipo de lesión, además de los bronquiolos, afecta a los espacios alveolares^{3,4}. En otras ocasiones, aunque la definición pueda ser la misma, bronquiolitis obliterante, la descripción puede ser muy distinta. El espectro lesional en esta ocasión puede incluir desde la inflamación bronquiolar con fibrosis peribronquial

mínima hasta la completa estenosis cicatrizal⁴. Es por ello que el médico debe ser muy cauteloso con el término y atender, más que a éste, a la descripción histopatológica, incluso solicitando más datos si lo cree necesario. Como sucede en el resto de la economía, en los bronquiolos también se producen muchos tipos de inflamación dependiendo de la causa que los genera y de la respuesta del propio huésped. La gran mayoría son del todo inespecíficos⁵. El siguiente nivel de confusión está, en nuestra opinión, en pensar que un hallazgo patológico con determinadas características inflamatorias, en la muestra remitida al patólogo, puede por sí solo definir una entidad sindrómica clinicopatológica o incluso una determinada enfermedad. Conociendo las limitaciones de toda muestra biopsica, el médico debería colocar la información anatomopatológica dentro del contexto adecuado. Una biopsia informada con las características que hemos mencionado anteriormente en primer lugar puede corresponder a procesos muy distintos. En la tuberculosis o la neoplasia, quizás en relación a la obstrucción, puede producirse esta lesión por organización intraluminal del exudado persistente. En las bronquiectasias, alveolitis alérgica extrínseca, por poner algunos ejemplos, puede esta lesión ser un componente patológico menor más o menos extenso⁶. Por último, puede ser también la lesión característica de un síndrome con unas peculiaridades determinadas, por supuesto, no tan sólo patológicas. Este síndrome responde al descrito conjuntamente por Liebow y Carrington⁷ como neumonía intersticial con bronquiolitis, al descrito por Davidson et al⁸ como neumonía organizativa o al descrito por Epler et al⁹ como bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa. ¿Cómo definirlo? Nosotros preferimos el término de neumonía organizativa. Sin embargo, no nos parece relevante aquí discutir las razones de dicha preferencia. Este síndrome se caracteriza generalmente por un inicio pseudogripal con fiebre, tos y disnea. En la auscultación se constatan estertores y en la analítica, con frecuencia, elevación de la VSG y leucocitosis. En la radiografía de tórax, de modo característico se comprueban infiltrados periféricos alveolares migratorios. El estudio funcional muestra un patrón restrictivo con afectación de

Correspondencia: Dr. R. Orriols Martínez.
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Vall d'Hebron.
P.º Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.



la capacidad de difusión. El estudio citológico del lavado broncoalveolar, inespecífico, suele evidenciar celularidad aumentada, neutrofilia y linfocitosis con disminución del cociente CD4/CD8, siendo la presencia de eosinófilos variable. Suele constatarse una buena respuesta al tratamiento con corticoides y no con antibióticos¹⁰⁻¹⁵. En nuestra opinión, formas menos habituales de presentación deberán también considerarse como pertenecientes a este síndrome. Estas formas deben responder probablemente a causas específicas o a formas peculiares de respuesta del huésped, por lo que una adecuada caracterización nos parece importante. La repetición estacional¹⁶, la forma aguda¹⁷, la resistencia al tratamiento¹⁷ y el patrón radiológico difuso^{10,17} son para nosotros algunas de estas variantes.

Una biopsia informada con las características que hemos mencionado en segundo lugar puede igualmente corresponder a procesos dispares como la enfermedad de la pequeña vía aérea del fumador o ser un componente menor o más o menos extenso de otras enfermedades como la neumoconiosis precoz¹. Existe un síndrome con estos hallazgos anatomopatológicos que suele denominarse bronquiolitis constrictiva⁴, pero por supuesto también se ha denominado bronquiolitis obliterante y bronquiolitis obliterante pura¹⁸. Se caracteriza por un engrosamiento de la pared bronquiolar que conduce, en la práctica totalidad de los casos, a una obstrucción fisiopatológica. La radiología puede ser normal o mostrar signos de hiperinsuflación, siendo la respuesta terapéutica habitualmente insatisfactoria^{19,20}. Como en el caso anterior, existen variantes menos habituales como las formas del adulto o aquellas con mejor pronóstico¹⁻⁵, que si es posible también deben caracterizarse lo mejor posible. El conocimiento de algunas de estas peculiaridades nos dificulta quizá su clasificación, pero con seguridad nos ayudará a entender el proceso que sufre el paciente y a tratarlo más correctamente.

Para terminar muchos médicos nos quedamos con el diagnóstico sindrómico y dejamos de investigar más allá. Sin embargo, nos parece trascendente recordar que de modo sistemático se deben descartar las causas conocidas capaces de producirlo⁵, antes de colocarle el cartel de idiopático o desconocido. El tratamiento esteroide suele, al menos inicialmente, indicarse siempre^{21,22}. No obstante, un tratamiento causal podría evitar los efectos indeseables de esta terapia, evitar la recidiva o una mala evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright J, Cagle P, Churg A, Colby T, Myers J. Diseases of the small airways. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 240-262.
2. King T. Overview of bronchiolitis. En: *Clinics in Chest Medicine. Bronchiolitis*. Filadelfia: WB Saunders, 1993; 607-610.
3. Colby T. Pathologic aspects of bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Chest* 1992; 102: 383-433.
4. Colby T, Myers J. Clinical and histologic spectrum of bronchiolitis obliterans, including bronchiolitis obliterans organizing pneumonia (BOOP). *Semin Respir Med* 1992; 13: 119-132.
5. Myers J, Colby T. Pathologic manifestations of bronchiolitis, constrictive bronchiolitis, cryptogenic organizing pneumonia, and diffuse panbronchiolitis. En: *Clinics in Chest Medicine. Bronchiolitis*. Filadelfia: WB Saunders, 1993; 611-622.
6. Costabel U, Guzmán J. BOOP: what is old, what is new? *Eur Respir J* 1991; 4: 771-773.
7. Liebow A, Carrington C. The interstitial pneumonias. En: *Simon M, Potchen E, LeMay M, editores. Frontiers of pulmonary radiology*. Nueva York: Grune & Stratton, 1969; 102-141.
8. Davidson A, Heard B, McAllister W, Turner-Warwick M. Cryptogenic organizing pneumonitis. *Q J Med* 1983; 52: 382-394.
9. Epler G, Colby T, McCloud T, Carrington C, Gaensler E. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *N Engl J Med* 1985; 312: 152-158.
10. Cordier J, Loire R, Brune J. Idiopathic bronchiolitis obliterans pneumonia. *Chest* 1989; 96: 999-1.004.
11. Patel U, Jenkins P. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Respir Med* 1989; 83: 241-244.
12. Yamamoto M, Ina Y, Kitachi M, Harasawa M, Tamura M. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia (BOOP) in Japan. *Jpn J Chest Dis* 1990; 28: 1.164-1.173.
13. Guerry-Force M, Wright J, Wiggs B, Coppin C, Pare P. A comparison of bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia, usual interstitial pneumonia, and small airway disease. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 705-712.
14. McCloud T, Epler G, Colby T, Gaensler E, Carrington C. Bronchiolitis obliterans. *Radiology* 1986; 159: 1-8.
15. Costabel U, Teschler H, Schoenfeld B, Hartung W, Nusch A, Guzmán J, Greschuchna D, Konietzko N. BOOP in Europe. *Chest* 1992 Supl; 102: 14-19.
16. Spiteri M, Klenerman P, Sheppard M, Padley S, Clark T, Newman-Taylor A. Seasonal cryptogenic organizing pneumonia with biochemical cholestasis: a new clinical entity. *Lancet* 1992; 340: 281-284.
17. Cohen A, King T, Downey G. Rapidly progressive bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 1.670-1.675.
18. Katzenstein A, Askin F. *Surgical pathology of non-neoplastic lung disease* (2.ª ed.). Filadelfia: WB Saunders, 1990; 40-57.
19. Gosink B, Friedman P, Liebow A. Bronchiolitis obliterans. Roentgenologic-pathologic correlation. *Am J Roentgenol Rad Ther Nucl Med* 1973; 117: 816-832.
20. Geddes D, Corrin B, Brewerton D. Progressive airway obliteration in adults and its association with rheumatoid disease. *Q J Med* 1977; 46: 427-444.
21. Cordier J. Cryptogenic organizing pneumonitis. En: *Clinics in Chest Medicine. Bronchiolitis*. Filadelfia: WB Saunders, 1993; 14: 677-692.
22. John R, Doninstay P. Cryptogenic bronchiolitis. En: *Clinics in Chest Medicine. Bronchiolitis*. Filadelfia: WB Saunders, 1993; 611-622.