

La utilización de la misma terminología en la bibliografía científica para describir hallazgos clinicohistológicos diferentes ha originado una gran confusión sobre el término bronquiolititis obliterante. En la bronquiolititis obliterante clásica, sin neumonía organizada, su característica diferencial es la afección del bronquiolo de conducción y no el carácter de la obliteración, que puede ser constrictivo o proliferativo. En la bronquiolititis obliterante con neumonía organizada, la proliferación alveolar es constante y, en ausencia de una afección de los bronquiolos membranosos, se prefiere el término de neumonía organizada⁵. No se describen lesiones de neumonía organizada en la biopsia pulmonar de este paciente y el cuadro histológico recuerda más a las descripciones de la bronquiolititis celular, asociada generalmente a infecciones respiratorias (viral). No se ha realizado, al parecer, serología frente a agentes patógenos respiratorios en este paciente. Asimismo, nosotros hemos descrito⁶ en los casos de neumonía organizada con confirmación histológica que, en los pacientes jóvenes, la presencia de una cavitación radiológica sugiere una forma neumónica más que una idiopática.

L. Hernández Blasco, J. Gil Carbonell y S. Romero Candeira
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

1. Pérez Fernández AM, Gómez de Tejada R, Castañar Jover A, Checa Pinilla JM, Fuentes Otero F. Bronquiolititis obliterante en un paciente trabajador de estampación en una fábrica textil. Arch Bronconeumol 2000; 36: 536-538.
2. Romero S, Hernández L, Gil J, Aranda I, Martín C, Sánchez-Payá J. Organizing pneumonia in textile printing workers: a clinical description. Eur Respir J 1998; 11: 265-271.
3. Romero S, Hernández L, Martín C, Gil J, Candela A, García-Sevilla R et al. Daño pulmonar en trabajadores de aerografía textil de la Comunidad Valenciana. Arch Bronconeumol 1993; 29 (Supl 1): 48.
4. Spiteri M, Klenerman P, Sheppard MN, Padley S, Clark TJK, Newman-Taylor A. Seasonal cryptogenic organising pneumonia with biochemical cholestasis: a new clinical entity. Lancet 1992; 340: 281-284.
5. Romero Candeira S, Hernández Blasco L, Gil Carbonell J. Bronquiolititis obliterante. En: Actualizaciones SEPAR. Barcelona: JR Prous, S.A., 1996; 2: 47-49.

6. Hernández L, Barroso E, Gil J, Aranda I, Martín C, Romero S. Organizing pneumonia: comparison between the idiopathic form and pneumonic related. Eur Respir J 1998; 12 (Supl 28): S130.



Respuesta de los autores

Sr. Director: En relación con la carta de Hernández Blasco et al, nos gustaría aclarar algunas cuestiones. En primer lugar, queremos agradecer el interés mostrado por la publicación "Bronquiolititis obliterante en un paciente trabajador de estampación en una fábrica textil" y solicitar nuestras disculpas por no hacer referencia a la descripción detallada del cuadro clínico de este síndrome¹; sin embargo, sí presentamos otras referencias en las que se describe la clínica², aunque no de forma tan exhaustiva. No se debe olvidar que el tema principal de la nota clínica es tanto la relación del caso clínico con un probable síndrome de Ardystil, como la bronquiolititis obliterante con imágenes radiológicas consistentes en lesiones microquísticas.

Respecto a la falta de datos importantes referentes a la exposición del paciente, hemos de decir que dicha fábrica había sido cerrada meses antes de acudir el paciente a nuestras consultas. Esto explica que haya sido imposible recopilar datos sobre las medidas de exposición individual, localización espacial, productos utilizados y características de la empresa. En la publicación se recoge que el paciente no utilizaba medidas de protección individual, pero desconocemos si existían medidas de protección colectivas. El caso fue puesto en conocimiento de las autoridades sanitarias de la Junta de Extremadura, por su probable relación con los ocurridos en la Comunidad Valenciana. Hasta la fecha no tenemos conocimiento de afección de otros trabajadores ni cuántos realizaron la misma actividad que nuestro paciente, aunque sí sabemos que esta actividad era desempeñada por un solo trabajador. Cabe decir que la exposición ocurrió durante los meses de otoño-invierno, de forma continuada y, previamente, de forma esporádica.

Respecto a la duración media de la exposición a los productos de aerografía textil, están descritos casos cuyo tiempo de exposición fue de un mes, incluso ocasionalmente³. Es cierto que nuestro paciente aplicaba el disolvente con brocha pero, posteriormente,

con pistola neumática eliminaba los posibles restos de pintura, aerosolizándose el disolvente y facilitando su inhalación.

Aunque nuestro paciente presentaba alteración inicial de la biología hepática, no parece que se trate de los casos descritos por Spiteri et al⁴, ya que tanto la presentación clinicoradiológica como la evolución son diferentes. Nuestro caso no tiene una relación estacional, no ha respondido de forma espectacular al tratamiento con corticoides, el patrón radiológico no es de consolidación pulmonar con broncograma aéreo, etc.

Si bien el diagnóstico anatomopatológico fue de bronquiolititis obliterante, sí describimos lesiones de neumonía organizada, ya que en la pieza de biopsia pulmonar se observaban focos de condensación neumónica⁵.

Por último, se debe añadir que se realizó una amplia batería de pruebas serológicas frente a múltiples gérmenes que resultaron negativas, pero no realizamos serologías frente a virus, excepto para el VIH. No obstante la evolución clínica con tendencia a la progresión y a pesar del tratamiento crónico con corticoides después de 2 años, hace poco probable la bronquiolititis celular, asociada a infección respiratoria.

A. Pérez Fernández, J.M. Checa Pinilla y F. Fuentes Otero
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

1. Romero S, Hernández L, Gil J, Aranda I, Martín C, Sánchez-Payá J. Organizing pneumonia in textile printing workers: a clinical description. Eur Respir J 1998; 11: 265-271.
2. Moya C, Antó J, Newman Taylor AJ, and the collaborative group for the study of toxicity in textile aerographic factories. Outbreak of organising pneumonia in textile printing sprayers. Lancet 1994; 344: 498-502.
3. Ould Kadi F, Mohammed-Brahim B, Fyad A, Lellou S, Nemery B. Outbreak of pulmonary disease in textile dye sprayers in Algeria. Lancet 1994; 2: 962-963.
4. Spiteri M, Klenerman P, Sheppard MN, Padley S, Clark TJK, Newman-Taylor A. Seasonal cryptogenic organising pneumonia with biochemical cholestasis: a new clinical entity. Lancet 1992; 340: 281-284.
5. Pérez Fernández AM, Gómez de Tejada R, Castañar Jover A, Checa Pinilla JM, Fuentes Otero F. Bronquiolititis obliterante en un paciente trabajador de estampación en una fábrica textil. Arch Bronconeumol 2000; 36: 536-538.