

de la versión española del diario de síntomas ABSS en la bronquitis aguda es fiable.

## Bibliografía

1. Llor C, Hernández S. Enfermedad infecciosa en atención primaria: estudio prospectivo efectuado durante todo un año. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:222-6.
2. Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ*. 2009;338:b1374.
3. Williamson Jr. HA. A randomized, controlled trial of doxycycline in the treatment of acute bronchitis. *J Fam Pract*. 1984;19:481-6.
4. Nduba VN, Mwachari CW, Magaret AS, Park DR, Kigo A, Hooton TM, et al. Placebo found equivalent to amoxicillin for treatment of acute bronchitis in Nairobi, Kenya: a triple blind, randomised, equivalence trial. *Thorax*. 2008;63:999-1005.
5. Mwachari CWNV, Nguti R, Park DR, Park DR, Sanguli L, Cohen CR. Validation of a new clinical scoring system for acute bronchitis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11:1253-9.
6. Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. Nueva York: Wiley; 1986.

Ana Moragas<sup>a,\*</sup>, Carles Llor<sup>b</sup>, Albert Gabarrús<sup>c</sup> y Marc Miravittles<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona, España

<sup>b</sup> Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona; Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

<sup>c</sup> CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>d</sup> Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Hospital Clínic, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amoragasm@meditex.es](mailto:amoragasm@meditex.es) (A. Moragas).

doi:10.1016/j.arbres.2012.02.006

## Neumonitis intersticial con bronquiolitis: presentación de un caso y revisión de la literatura

### *Interstitial pneumonitis with bronchiolitis: presentation of a case and review of the literature*

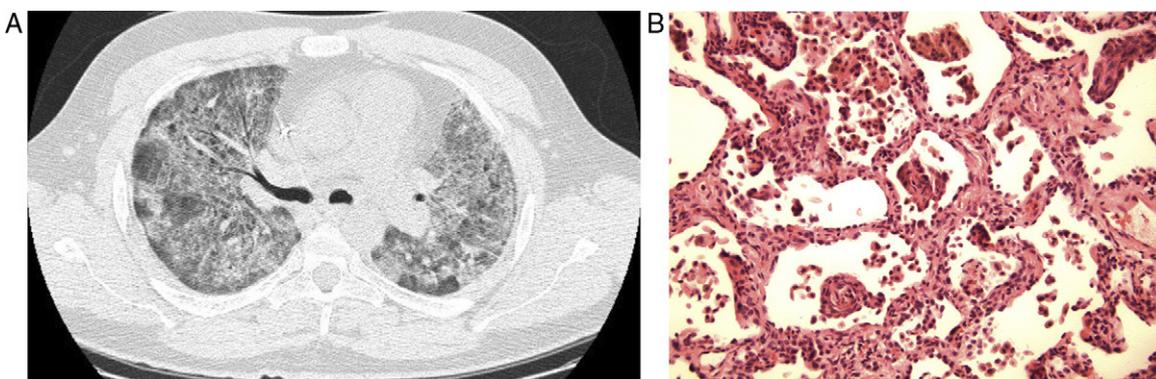
Sr. Director:

Presentamos un caso de un varón de 43 años, exfumador, con disnea progresiva e hipoxia. La radiografía de tórax mostró alteraciones intersticiales difusas bilaterales. La TC de tórax mostró un empeoramiento de la opacidad en vidrio esmerilado bilateral, sin signos de consolidación focal ni alteraciones intersticiales (fig. 1A). Se intubó y ventiló al paciente y se realizó una biopsia pulmonar. La biopsia mostró una combinación de infiltrado linfocitario intersticial con una alteración de la arquitectura fina en muchas zonas, asociada a elementos de bronquiolitis obliterante que afectaban principalmente a las vías aéreas a nivel de los conductos alveolares, pero que en unas pocas zonas afectaba también a los bronquiolos respiratorios. Esta combinación se describe como neumonitis intersticial con bronquiolitis (BIP) (fig. 1B). El paciente se recuperó lentamente, sin ningún tratamiento específico. En el seguimiento realizado 6 meses después se evidenció una recuperación completa. Se repitió la TC torácica, que puso de manifiesto una resolución de la BIP.

La clasificación de las neumopatías intersticiales se basa en gran parte en los patrones observados en las muestras de biopsia de tipo abierto o transbronquial. Mark y Ruangchira-urai<sup>1</sup> describieron en 2008 una cohorte de 31 pacientes que, en el examen anatomopatológico, presentaban una neumonitis intersticial con bronquiolitis. El 100% de los casos descritos en la única serie publicada presentaban signos de bronquiolitis obliterante así como de fibrosis intersticial. Es de destacar que la fibrosis se encontraba a distancia de la enfermedad bronquiolar, lo cual sugiere que la fibrosis y la enfermedad bronquiolar no son consecuencia directa una de otra. En todos los casos, la fibrosis intersticial se observó en mayor proporción que la inflamación linfocitaria intersticial.

La neumonitis intersticial se definió como un infiltrado intersticial de linfocitos, histiocitos y fibrosis<sup>1</sup>. La inflamación y la fibrosis estaban presentes en todos los casos. La neumonitis intersticial con bronquiolitis presentó una respuesta a los corticoides inferior a la de la bronquiolitis obliterante con neumonía en organización, pero superior a la de la neumonía intersticial usual y a la de la fibrosis intersticial inespecífica. Se observaron focos fibroblásticos en tan solo el 21% de los casos<sup>1</sup>.

Otro diagnóstico diferencial importante que debe tenerse en cuenta también en este caso sería el de la bronquiolitis respiratoria asociada a neumopatía intersticial (BR-ILD). La BR-ILD se observa a menudo en pacientes fumadores actuales o exfumadores, aunque se ha descrito también su aparición en no fumadores<sup>2</sup>. Se han



**Figura 1.** A) La TC torácica muestra un infiltrado intersticial difuso en ambos pulmones. B) A gran aumento, en la neumonitis intersticial con bronquiolitis se observa una inflamación intersticial y fibrosis.

obtenido evidencias indicativas de una acumulación de macrófagos con pigmentación oscura en los bronquiolos respiratorios y en los espacios aéreos circundantes<sup>2</sup> asociada a un infiltrado submucoso y peribronquiolar moteado de linfocitos e histiocitos. También puede observarse una fibrosis peribronquiolar<sup>3</sup>. En este trastorno no se observan focos fibroblásticos, lo cual lo diferencia de otras neumonías intersticiales idiopáticas<sup>3</sup>.

Este caso plantea la cuestión de la utilidad de una realización más frecuente de biopsias pulmonares abiertas<sup>4</sup> y la necesidad de un análisis histológico más sofisticado. El examen anatomopatológico resulta menos útil cuando se obtiene de forma tardía en el curso de la enfermedad o tras el inicio del tratamiento<sup>5</sup>.

Nuestro caso se suma a los muy escasos datos publicados hasta la fecha sobre esta entidad que se describe con muy poca frecuencia. Se trata del primer caso descrito de resolución espontánea de la BIP. Es muy importante tener más presente esta entidad, puesto que en la actualidad muchos casos pueden no estar siendo diagnosticados o recibir diagnósticos incorrectos.

### Bibliografía

1. Mark EJ, Ruangchira-urai R. Bronchiolitis interstitial pneumonitis: a pathologic study of 31 lung biopsies with features intermediate between bronchiolitis obli-

- terans organizing pneumonia and usual interstitial pneumonitis, with clinical correlation. *Ann Diagn Pathol.* 2008;12:171-80.
2. Woo OH, Yong HS, Oh YW, Lee SY, Kim HK, Kang EY. Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease in a nonsmoker: radiologic and pathologic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188:412-4.
3. Visscher DW, Myers JL. Histologic spectrum of idiopathic interstitial pneumonias. *Proc Am Thorac Soc.* 2006;3:322-9.
4. Povýsil C. Histopathological classification of idiopathic interstitial pneumonias. *Cesk Patol.* 2010;46:3-7.
5. American Thoracic Society, European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society International multidisciplinary consensus classification of the idiopathic interstitial pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS) and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165:277-304.

Sy Giin Chong\*, Aidan O'Brien y Brian Casserly

Respiratory Department, Mid-Western Regional Hospital Limerick, Limerick, Irlanda

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sygiin@hotmail.com (S.G. Chong).

doi:10.1016/j.arbres.2012.02.013

### Empiema por *Bordetella pertussis* en un paciente adulto con cáncer de pulmón

#### *Empyema due to Bordetella pertussis in an Adult Patient with Lung Cancer*

Sr. Director:

*Bordetella pertussis* (BP) es un cocobacilo gramnegativo pequeño con una afinidad exclusiva por las capas mucosas de las vías respiratorias humanas<sup>1</sup>. BP es una causa importante de enfermedad respiratoria y un problema de salud pública persistente. En 2010 se detectó una epidemia de BP en la ciudad de Aydın<sup>2</sup>. Los derrames pleurales o empiemas con infección por BP son extremadamente infrecuentes. Presentamos un caso de carcinoma de pulmón no microcítico y derrame pleural unilateral que presentó una infección por BP.

Una mujer de 64 años fue ingresada en el hospital por una disnea creciente y dolor torácico. La paciente tenía antecedentes

de carcinoma pulmonar no microcítico y estaba recibiendo tratamiento. Anteriormente había fumado 4-5 cigarrillos al día durante un periodo de hasta 10 años. A la exploración, se trataba de una mujer con sensación de enfermedad y emaciación, que estaba clínicamente anémica y presentaba signos de un derrame pleural izquierdo masivo en la TC torácica (fig. 1). La frecuencia del pulso era de 85/min, la presión arterial de 120/85, y no había signos de insuficiencia cardiaca. La radiografía de tórax confirmó el derrame unilateral izquierdo. La hemoglobina era de 9,1 g/100 ml, con un frotis de sangre normocrómico y normocítico. Los niveles séricos de ferritina, vitamina B<sub>12</sub> y folato eran normales. La velocidad de sedimentación globular fue de 90 mm en la primera hora.

Los niveles séricos de electrolitos fueron normales, al igual que la glucemia y el calcio sérico. Los análisis séricos de la función hepática y tiroidea fueron anodinos.

Se realizó una aspiración pleural, en la que se obtuvieron 1.500 ml de líquido turbio. Dada la persistencia de las colecciones de líquido pleural, 2 días después de la segunda aspiración se colocó un drenaje de tórax. Para dicho drenaje pleural utiliza-

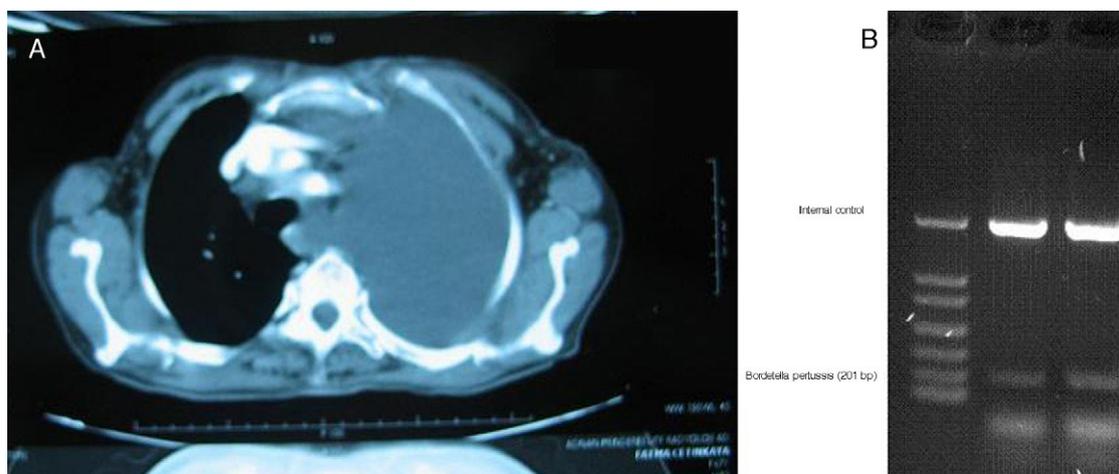


Figura 1. Derrame pleural izquierdo masivo en la TC de tórax.