

4. Chejfec G, Natarelli J, Gould VE. "Myeloma lung" - a previously unreported complication of multiple myeloma. *Hum Pathol* 1983; 14: 558-561.
5. Shin MS, Carcelen MF, Ho K-J. Diverse roentgenographic manifestations of the rare pulmonary involvement in Myeloma. *Chest* 1992; 102: 946-948.
6. Bladé J. Mieloma múltiple. Monografías clínicas en oncología. Barcelona. Ediciones Doyma, S.A., 1991.

Patrón miliar secundario a bronquiolitis obliterante con neumonía organizada

Sr. Director: Las manifestaciones radiológicas de la bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) son múltiples e inespecíficas, habiéndose establecido diferentes clasificaciones, pero con implicaciones aún inciertas. El patrón radiológico más frecuente son los infiltrados parcheados difusos periféricos. Sin embargo, se están publicando diferentes formas de presentación radiológica como descripciones esporádicas. Queremos contribuir a este listado aportando la peculiaridad del presente caso. Comunicamos una BONO idiopática con signos radiológicos inusuales en forma de patrón miliar.

Varón de 39 años, agricultor, fumador de 20 cigarrillos/día, sin antecedentes epidemiológicos ni patológicos. Ingresó por un cuadro de 15 días de evolución con tos, expectoración mucosa con hilos hemoptoicos, fiebre de 39 °C y disnea progresiva. Había sido tratado con eritromicina y betalactámicos de modo correcto, sin mejoría. Niega ingesta de medicamentos y exposición a tóxicos. En la exploración física destacan: temperatura de 38 °C, taquipnea a 24 rpm, crepitantes bibasales. La analítica demuestra: leucocitosis 19.280 con un 87% neutrófilos, sin eosinofilia; VSG 60 mm/h; GOT, GPT, GGT y FA ligeramente elevadas. Gasometría arterial basal: pH 7,50, PCO₂ 35 mmHg, PO₂ 47 mmHg. Radiografía torácica: patrón intersticial difuso bilateral de predominio miliar. La TAC confirma el hallazgo radiológico, y objetiva opacidades parcheadas bilaterales de predominio derecho (fig. 1). IgE total 1.296; ANA, anti-ADN, C3, C4: negativos. ECG: normal. Orina: normal. Hemocultivos, urocultivo, serología de neumonía atípicas/hepatitis/VIH: negativas. Mantoux en dos ocasiones: negativo. Ecografía abdominal: sin alteraciones. Se constata alteración ventilatoria restrictiva ligera. La fibrobroncoscopia demuestra árbol bronquial sin alteraciones; los estudios microbiológicos del lavado broncoalveolar incluyendo hongos,

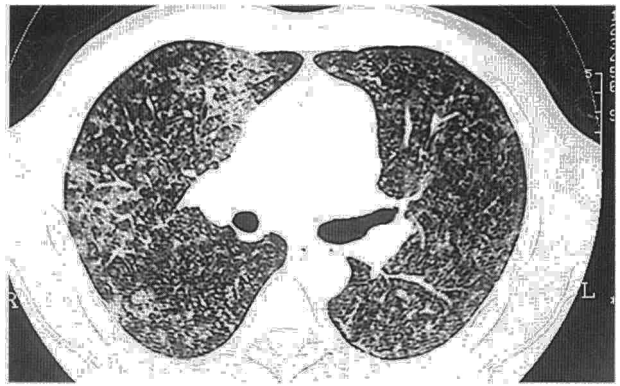


Fig. 1. Tomografía axial computarizada torácica. Se evidencian micronódulos de distribución difusa y bilateral, con opacidades parcheadas de predominio derecho, sin engrosamiento septal.

Pneumocystis carinii, *Legionella* y cultivo general: negativos. Baciloscopias y cultivo de Löwenstein en orina, esputo, broncoaspirado, lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial: negativos. Los resultados histológicos de la biopsia transbronquial son compatibles con BONO, sin afectación intersticial o vascular, y sin evidencia de atipias o granulomas. El paciente se trata inicialmente con prednisona 1 mg/kg/día, y posterior disminución hasta la supresión total a los 6 meses, encontrándose asintomático, con completa resolución radiológica y normalización analítica, gasométrica y funcional.

Los hallazgos radiológicos de la BONO han sido definidos clásicamente en: condensaciones alveolares parcheadas múltiples, periféricas y migratorias, sin predominio de localización en el 80-90% de los casos; condensaciones pulmonares solitarias; patrón intersticial difuso generalmente lineal/reticular, y más raramente se pueden encontrar enfisema, cavitación o derrame pleural^{1,2}. El patrón intersticial difuso se ha descrito en un 10% de los casos aunque la serie de Cordier JF et al lo detectan hasta en un 44% de los pacientes³, asociándose a una peor respuesta al tratamiento pautado. Entre las diferentes formas de patrón intersticial se describen imágenes lineales, reticulares, pero en menos ocasiones se hace mención a un patrón miliar radiológico⁴, y a nuestro conocimiento ningún caso ha sido publicado en literatura española. Quizá la TAC torácica, por su mayor sensibilidad y definición, podría demostrar más fácilmente estas alteraciones de pequeños nódulos de 3-10 mm, e incluso otras alteraciones no visibles en la radiografía simple⁵, como en nuestro caso que aportó zonas de vidrio deslustrado. Más recientemente, en el congreso internacional de BONO celebrado en Kyoto en 1990, el grupo japonés Yamamoto et al⁶ reagrupa en dos tipos las alteraciones radiológicas: tipo 1, densidades pul-

monares parcheadas bilaterales, generalmente presente entre los grupos de BONO idiopática; tipo 2, densidades micronodulares en ambas bases pulmonares, más frecuente entre los casos asociados con colagenopatías. Estas diferencias podrían sugerir la presencia de al menos dos patogénesis diferentes en la BONO. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los hallazgos histológicos, funcionalismo pulmonar, ni en la respuesta al tratamiento esteroide. Por tanto, valorar la evolución de la BONO, en función de la clasificación radiológica, está aún por definir.

M. Izquierdo Patrón, R. Coloma Navarro y M. Haro Estarriol
Sección de Neumología. Hospital General de Albacete.

1. Casas L, Álvarez-Castells A, Torrents C, Puy R, Sánchez C, Martínez M. Manifestaciones radiológicas de la bronquiolitis obliterante. *Rev Clin Esp* 1991; 188: 446-449.
2. Barba Romero MA, Arévalo González M, Aguilar Bargalló X, González Valladares G, Vizcaya Sánchez M, Puras Tellaiche A. Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada. Experiencia en un hospital general. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 481-484.
3. Cordier JF, Loire R, Brune J. Idiopathic bronchiolitis obliterans. *Chest* 1989; 96: 999-1.004.
4. Stenger R, Lacoste JY, Chanez P, Barneon G, Mary H, Giron J et al. Une miliare inhabituelle. *Rev Mal Resp* 1991; 8: 510-512.
5. Muller NL, Staples CA, Miller RR. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia: CT features in 14 patients. *Roentgenology* 1990; 154: 983-987.
6. Yamamoto M, Ina Y, Kitaichi M, Harasawa M, Tamura M. Clinical features of BOOP in Japan. *Chest* 1992; 102 (Supl 1): 21-25.