

Enfermedad pulmonar intersticial y colitis ulcerosa: presentación de un caso

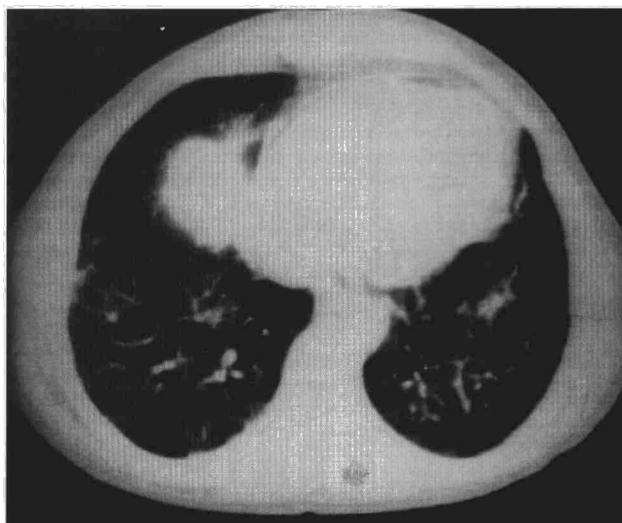
Sr. Director: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria del colon de causa desconocida. El 10-20% de los pacientes presentan manifestaciones extraintestinales que afectan a articulaciones, piel, hígado y ojos¹. El aparato respiratorio no es un lugar de frecuente afectación, siendo más común la inflamación bronquial que los trastornos alveolares o intersticiales². Presentamos un caso de CU con afectación pulmonar intersticial.

Paciente de 47 años, sin antecedentes patológicos de interés, que 20 días antes de su ingreso comenzó con diarrea de 15-20 deposiciones/día con sangre y moco, dolor abdominal y borborigmos, además de adelgazamiento de unos 15 kg y sensación febril. No refería tos, expectoración ni disnea. La exploración física mostró temperatura de 37,5 °C y hepatomegalia de 2 cm. En la analítica destacó: Hb 14,2 g/l; GOT 111 U/l; GPT 92 U/l; GGT 64 U/l, AAN y ANCA negativo. Aglutininas tifoparatóxicas y *Brucella*, coprocultivo, y huevos y parásitos en heces: negativos. Precipitinas a *Aspergillus*, *Mycropolispora* y antígenos aviares: negativos. Test tuberculínico: negativo. Radiografía de tórax: patrón intersticial pulmonar reticular de predominio basal bilateral. TAC torácica: patrón intersticial pulmonar difuso de aspecto reticular de predominio basal, sin evidencia de adenopatías mediastínicas (fig. 1). Biopsia de recto y sigma: compatible con CU con actividad inflamatoria muy marcada. Gasometría arterial: pO₂, 85 mmHg; pCO₂, 40 mmHg; pH, 7,42. Estudio funcional respiratorio: FVC 4.110 ml (87%); FEV₁ 3.400 ml (89%); FEV₁/FVC 82; DLCO 98%: normal. Broncoscopia endoscópicamente normal. Lavado broncoalveolar: 517 células/mm³: 72% histiocitos, 8% eosinófilos, 3% neutrófilos y 17% linfocitos (44% T-helper, 34% T-supresor, cociente 1,3, sin células malignas ni gérmenes oportunistas. Biopsia transbronquial: pequeñas zonas de aumento de tejido fibroso intersticial, sin signos de alveolitis. Gammagrafía pulmonar con galio⁶⁷: sin acumulaciones de captación a nivel pulmonar.

Con el diagnóstico de CU se inició tratamiento con esteroides sistémicos y 5-ASA con resolución inmediata de la clínica. A los 15 meses del diagnóstico el paciente continúa asintomático sin tratamiento médico, con estudio de función pulmonar normal y en la radiografía de tórax persiste patrón intersticial pulmonar de tipo reticular y predominio basal bilateral.

Las manifestaciones respiratorias de la CU son poco frecuentes. La mayor serie publicada corresponde a Camus et al² que revisan 28 casos propios y 88 casos procedentes de la revisión de la literatura. En más del 80% la afectación respiratoria se diagnosticó después de la CU, siendo rara su detección simultánea como en el paciente estudiado². El grado de afectación intestinal, la coloproctostomía pre-

Fig. 1. TAC de tórax. Patrón pulmonar intersticial difuso de aspecto reticular y predominio basal.



via y la exposición a fármacos pueden influenciar el patrón de manifestación respiratoria. Dicha afectación se localiza en la vía aérea en más del 60% de los casos^{2,3} (generalmente en forma de bronquiectasias o bronquitis crónica, aunque puede localizarse a otro nivel del árbol respiratorio: estenosis subglótica, supuración bronquial crónica, bronquiolitis), y suele beneficiarse del tratamiento con esteroides inhalados.

La afectación pulmonar intersticial es rara, y es el patrón más difícil de atribuir a CU porque algunos fármacos como la sulfasalazina y los 5-ASA pueden producirlo⁴. El paciente no estaba recibiendo ningún fármaco en el momento del diagnóstico, por lo que esta posibilidad puede descartarse. Esta afectación pulmonar se debe principalmente a bronquiolitis obliterante con neumonía organizante (BOOP) y a infiltrados pulmonares eosinofílicos (PIE), aunque se han descrito casos aislados de neumonitis descamativa⁵. Las características radiológicas y de las poblaciones celulares del lavado broncoalveolar permiten descartar en nuestro paciente un PIE. El cuadro clínico, funcional y radiológico de la BOOP suele ser bastante típico⁶ y diferente del de nuestro paciente, pero no disponemos de una biopsia pulmonar abierta para descartar completamente esta entidad.

L.M. Domínguez Juncal, S. Ruanova Suárez y M.T. Martín Egaña
Servicio de Neumología. *Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Wilcox P, Miller R, Miller G, Heath J, Nelems B, Muller N, Ostrom D. Airway involvement in ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 1983; 5: 517-521.
2. Williams T, Eidus L, Thomas P. Fibrosing alveolitis, bronchiolitis obliterans and sulfasalazine therapy. *Chest* 1982; 81: 766-768.
3. Turner-Warwick M. Fibrosing alveolitis and chronic liver disease. *QJ Med* 1968; 37: 133-149.
4. Epler GR. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia: definition and clinical features. *Chest* 1992; 102: 2-6.

Neumonía intrahospitalaria por *Xanthomonas maltophilia* y sida

Sr. Director: *Xanthomonas maltophilia*, descrita inicialmente en 1960 como *Pseudomonas maltophilia*, se ha configurado como un importante patógeno nosocomial. Se han descrito, como factores predisponentes, la inmunosupresión, las hospitalizaciones prolongadas, la antibioterapia intensiva, los catéteres intravenosos^{1,2} y la fibrosis quística³. Clínicamente, se han referido casos de neumonía, infecciones del tracto urinario, colangitis, meningitis, endocarditis, celulitis, infecciones de heridas quirúrgicas, infecciones óticas y conjuntivitis^{3,4}. Excepcionalmente, se han comunicado infecciones adquiridas en la comunidad⁴. En los últimos años, se han descrito algunos casos en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en concreto, endoftalmítis, infección urinaria y endocarditis^{1,5}. A continuación, se presenta el caso de un paciente afectado de sida que desarrolló una neumonía intrahospitalaria por este germen. En la literatura revisada (MEDLINE 1986-1994) no se recoge de forma expresa esta asociación.

Varón de 46 años, alérgico al cotrimoxazol, infectado por el VIH desde hacía 3 años y con antecedentes de sarcoma de Kaposi, por el que había recibido tratamiento con bleomicina un año antes. Consultó por pérdida de visión en el ojo derecho, quedando in-

1. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extraintestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: a study of 700 patients. *Medicine* 1976; 55: 401-412.
2. Camus P, Piard F, Asheroft T, Gal AA, Colby TV. The lung in inflammatory bowel disease. *Medicine* 1993; 72: 151-183.