



Sección de Neumología. Residencia Sanitaria 1.º de Octubre. Madrid

EOSINOFILIA PULMONAR

A. López Encuentra

Definición

El término eosinofilia pulmonar es sumamente inconcreto, muy en directa relación con lo mal conocida que es la función del eosinófilo en el organismo. Desde el punto de vista clínico eosinofilia pulmonar incluye diversas patologías:

- a) enfermedades de localización pulmonar de cualquier tipo con eosinofilia en sangre periférica (asma, parasitosis, cáncer, tuberculosis, sarcoidosis, etc.).
- b) infiltrados pulmonares radiológicamente, con eosinofilia en el tejido pulmonar sin eosinofilia periférica.
- c) infiltrados pulmonares radiológicamente con eosinofilia en el tejido pulmonar y eosinofilia periférica.

Habitualmente en el término eosinofilia pulmonar se incluye el último apartado y también el segundo, aunque, por supuesto, en estas condiciones es un diagnóstico histológico y sólo puede ser sospechado clínicamente en ciertas circunstancias¹.

Clasificación y etiología

Finalmente desde el punto de vista práctico y clínico comentaremos dos grandes grupos:

1) síndrome definido radiológicamente como infiltrados alveolares cambiantes en localización o que revierten espontáneamente o tras terapéutica esteroidea con eosinofilia en sangre periférica.

2) cualquier otra alteración pulmo-

nar radiológica con eosinofilia periférica.

El primer apartado se viene denominando en los últimos años Síndrome P.I.E.: Pulmonary Infiltration with Eosinophilia¹. El segundo grupo aquí introducido figura como necesario para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden cursar con imágenes radiológicas pulmonares acompañadas de eosinofilia periférica.

1. Infiltrados pulmonares cambiantes en localización o que revierten espontáneamente o tras terapéutica esteroidea con eosinofilia en sangre periférica.

Las etiologías o cuadros que producen este síndrome y que se reseñan a continuación no son compartimientos estancos y, aunque sirven para la distinción académica de los mismos, muchos de ellos son únicamente formas más benignas o malignas del mismo espectro de enfermedad.

A) *Síndrome de Löffler*: Descrito por este autor en 1932, es la forma más benigna del tema que estamos tratando. Consiste clínicamente en los datos enunciados en el encabezamiento de este apartado, siendo *autolimitado en tiempo y severidad y secundario a múltiples causas*.

— *Drogas*: Aspirina, penicilina, nitrofurantoína, estreptomina, PAS, INH, sulfamidas, tulbutamida, clorpropamida, oro, cromoglicato disódico, imipramina, cremas vaginales con sulfanilamida, hidroclorotiazida.

— *Parásitos*: *Ascaris lumbricoides*, hidatidosis, anquilostomas, v. larva migrans, triquinosis, strongiloides, fasciola hepática.

— *Pólenes*.

— *Metales*: Níquel, cloruro de cinc.

B) *Eosinofilia tropical*: Se acompaña de reacción sistémica con fiebre, tos, disnea, etc., y está relacionada con la infección por filaria. En España es poco frecuente.

C) *Eosinofilia pulmonar asmática*: Incluye fundamentalmente la aspergilosis, pero se puede presentar con otros antígenos en el asma extrínseco (proteasas del *B. subtilis*, *Candida albicans*, *Calandra granaria* «gorgojo», parásitos) y también en el asma intrínseco.

Los criterios para considerar al *aspergillus* como etiología de infiltrados pulmonares con eosinofilia son:

- 1) Asma de características extrínsecas y de evolución crónica.
- 2) Más de dos episodios de infiltrados pulmonares fugaces, en cuyo centro ocasionalmente se ha confirmado la presencia de bronquiectasias proximales.
- 3) Confirmación de precipitinas séricas al *aspergillus fumigatus*.
- 4) Eosinofilia de más de 500 elementos por c. c.
- 5) Cultivo de *aspergillus* en el esputo.
- 6) Reacción cutánea dual frente al *aspergillus*.

En resumen: infiltrados pulmonares, eosinofilia periférica y asma; descartar aspergilosis.

D) *Alveolitis alérgica extrínseca*: Muchos de los antígenos que producen asma en el sujeto atópico pueden producir alveolitis alérgica extrínseca en el no atópico (*Calandra granaria*, *candida albicans*, proteasas del *B. subtilis*), así como otros múltiples antígenos

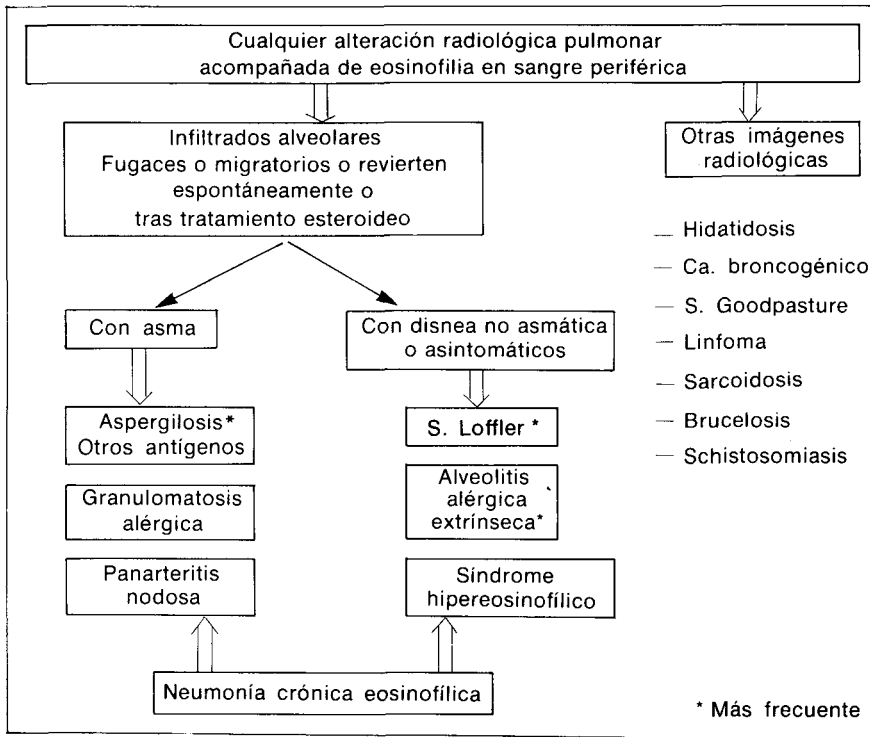


Figura 1.

que de forma progresiva se van describiendo: síndrome del pulmón de granjero, cuidadores de palomas, contaminación termofílica de los acondicionadores de aire, etc.

E) Neumonía crónica eosinofílica: Clínicamente se manifiesta por disnea, frecuentemente asmática; fiebre y pérdida de peso². Característicamente los infiltrados son periféricos; desaparecen con corticoides y reaparecen en la misma localización cuando se abandona la terapéutica esteroidea. Pueden producir fibrosis pulmonar a largo plazo en la zona de afectación, con desarrollo de un pulmón en colmena. La duración de esta enfermedad es más prolongada que el síndrome de Löffler y para su control es necesaria la terapéutica continuada con esteroides. La etiología no está aclarada³. En ocasiones es diagnosticada sólo por biopsia pulmonar, al presentarse en ocasiones sin eosinofilia periférica, lo que es una rara variante de una enfermedad poco frecuente.

F) Vasculitis con eosinofilia pulmonar

En este apartado existen cuadros de difícil delimitación como apartados

propios con categoría de enfermedad y no como formas clínicas de lo mismo.

La panarteritis nodosa y la granulomatosis de Wegener son cuadros sancionados por la experiencia, y posiblemente el cuadro más significativo de ese apartado sea la granulomatosis alérgica o síndrome de Churg-Strauss⁴, como cuadro desgajado por estos autores de la panarteritis nodosa, con histología similar al Wegener (vasculitis con granulomas extravasculares), pero con clínica similar a la panarteritis nodosa (asma, eosinofilia).

G) Síndrome hipereosinofílico: Denominado previamente con los términos de leucemia eosinofílica, enfermedad colágeno diseminada o endocarditis fibroplástica de Löffler con eosinofilia. Este síndrome cursa fundamentalmente con miocardiopatía y afectación plurivisceral. Puede ser detectada la miocardiopatía precozmente, con estudio ecocardiográfico, antes de que tenga expresión clínica⁵.

Ante muchos de estos cuadros se plantea una patogenia similar: la posibilidad de tratarse de una enfermedad de naturaleza autoinmune, superponiéndose los diversos cuadros, dándose

circunstancias clínicas en que es imposible deslindar los campos de cada síndrome descrito. En este amplio espectro de la autoinmunidad podían estar incluidos: granulomatosis de Wegener, granulomatosis alérgica de Churg-Strauss, síndrome hipereosinofílico, panarteritis nodosa, neumonía crónica eosinofílica con o sin vasculitis acompañante.

Finalmente, en ocasiones, sólo es posible llegar al diagnóstico mediante la biopsia pulmonar por cualquier sistema o método. En esta circunstancia existen una serie de enfermedades que produciendo infiltración pulmonar con eosinofilia presenta histológicamente, independientemente de la infiltración eosinofílica, granulomas en el pulmón: filaria, schistosoma, alveolitis alérgica extrínseca, neumonía crónica eosinofílica, Wegener y Churg-Strauss.

2. Cualquier otra alteración radiológica pulmonar que no incluya lo definido en el apartado anterior, con eosinofilia en sangre periférica.

Por tanto, en este grupo existen una serie de enfermedades en las que la alteración radiológica no implica una infiltración por eosinófilos del pulmón. Aquí se incluyen otras enfermedades o síndromes cuya mayor utilidad al reseñarlos aquí es el diagnóstico diferencial con los cuadros referidos anteriormente, y cuya característica es la de ser enfermedades con participación radiológica pulmonar y que se pueden acompañar de eosinofilia en sangre periférica. Entre estas enfermedades figuran:

- Hemosiderosis pulmonar idiopática.
- Síndrome de Goodpasture.
- Angeititis de Zeek.
- Artritis reumatoide.
- Paraneoplásica del Ca. broncogénico o de Ca. metastásico en pulmón.
- Linfoma de Hodgkin.
- Leucemia mieloide crónica.
- Tuberculosis.
- Brucelosis.
- Histoplasmosis.
- Coccidioidomicosis.
- Sarcoidosis.
- Schistosomiasis.

En la figura 1 se expone esquemáticamente la actitud frente a una eosinofilia pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

1. UDWADIA, F. E.: Progress in Respiration Research. Pulmonary Eosinophilia, pág. 45. S. Karger. Basilea, 1975.

2. LIEBOW, A. A.: The Eosinophilic Pneumonias. *Medicine*, 48, 1, 1969.

3. CARRINGTON, B.: Chronic Eosinophilic Pneumonias. *New Engl. J. Med.*, 280, 787, 1969.

4. CHURG, J., y STRAUSS, M.: Allergic Granulomatosis, allergic Angieitis and Periarteritis Nodosa. *Am. J. Path.*, 27, 277, 1951.

5. CHUSID, M. J.: The Hypereosinophilic syndrome. *Medicine*, 54, 1, 1975.