

Neumonía organizada criptogénica en el puerperio inmediato. Análisis retrospectivo de un caso clínico

(Cryptogenic organized pneumonia in the immediate puerperium.
Retrospective analysis of a clinical case.)

Recibido: 18/10/2022 - Aceptado: 23/06/2023

Víctor Patricio Gavilanes Saenz ¹, Verónica Cristina Jurado Melo ², Silvana Estefanía Jines Dávila ³, Luis Humberto Castañeda Guamán⁴, Milagros Escalona Rabaza ⁵, Pedro Segundo Proaño Toapanta ⁶, Segundo Wilfrido Cargua Janeta ⁷, Lucas García Orozco ⁸.

¹Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Ambato, Código Postal 180110, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-9624-5840>

patoginecovpgs@gmail.com

²Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Ambato, Código Postal 180110, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-5516-8092>

verojurado82@gmail.com

³Subcentro de salud de Quiroga. Distrito de Salud 10D03. Cotacachi. Pichincha, Código Postal 170123, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-8977-1084>

silvana.jines@hotmail.com

⁴Universidad de las Fuerzas Armadas- ESPE, sede Sangolquí. Pichincha, Código Postal 100450, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-7291-5280>

dr.humberth@gmail.com

⁵Hospital Básico "Asdrúbal de la Torre". Servicio de Medicina General. Cotacachi, Código Postal 100301, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-5782-8525>

reneescalona7952@yahoo.com

⁶Hospital General "San Vicente de Paul". Servicio de Cirugía General. Ibarra, Código Postal 100150, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-7846-3991>

drpedroproano@hotmail.com

⁷Hospital Básico "Antonio Ante". Servicio de Cirugía General. Atuntaqui, Ibarra, Código Postal 100201, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0003-4901-3948>

drcargua@hotmail.com

⁸ Hospital Básico "Asdrúbal de la Torre". Servicio de Cirugía General. Cotacachi, Ibarra, Código Postal 100301, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-9204-3416>

gamilulu7952@gmail.com

Autor de correspondencia: Lucas García Orozco, Hospital Básico "Asdrúbal de la Torre". Servicio de Cirugía General. Cotacachi, Ibarra. Código postal 100301, e-mail:

gamilulu7952@gmail.com.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v9i2.588>

Resumen:

La neumonía organizada criptogénica es un tipo de neumonía organizada de causa desconocida. Su diagnóstico es por exclusión y debe ser realizado en base a la sospecha clínica, los hallazgos en la tomografía axial y por la respuesta al tratamiento, principalmente con corticoides. Se describe un caso clínico de una paciente femenina de 40 años quien, durante el puerperio inmediato y posterior a cesárea iterada, desarrolló evento de disnea intensa, acompañada de baja saturación de oxígeno. Se realizó tomografía axial computarizada, evidenciándose patrón pulmonar intersticial compatible con neumonía organizada. Al descartar otras etiologías probables, se decide iniciar tratamiento en base a corticoides, con lo que rápidamente se obtiene respuesta favorable, confirmando de esta manera el diagnóstico de neumonía organizada criptogénica en el puerperio inmediato. Se considera por tanto que la entidad objeto de nuestra exposición puede presentarse en contextos poco comunes como en el embarazo o el puerperio y el adecuado tratamiento con corticoides evitará complicaciones y recurrencias.

Palabras clave: Corticoides, disnea, neumonía criptogénica, puerperio.

Abstract:

Cryptogenic organized pneumonia is a type of organized pneumonia of unknown cause. Its diagnosis is by exclusion and should be made based on clinical suspicion, axial tomography findings and response to treatment, mainly with corticosteroids. A clinical case of a 40-year-old female patient is described who, during the immediate puerperium and after an iterated cesarean section, developed an event of severe dyspnea, accompanied by low oxygen saturation. A computerized axial tomography was performed, showing an interstitial lung pattern compatible with organized pneumonia. By ruling out other probable etiologies, it was decided to start treatment based on corticosteroids, with which a favorable response was quickly obtained, thus confirming the diagnosis of cryptogenic organized pneumonia in the immediate puerperium. Therefore, it is considered that the entity that is the object of our discussion can present in unusual contexts such as pregnancy or the puerperium and adequate treatment with corticosteroids will avoid complications and recurrences.

Keywords: Corticosteroids, dyspnea, cryptogenic pneumonia, puerperium.

1. Introducción

La neumonía organizada criptogénica (NOC) pertenece al grupo de las llamadas neumonías organizadas (NO), cuyo nombre, “criptogénica”, se debe a que en la mayoría de los casos la causa que la desencadena es desconocida. Su presunción diagnóstica es por exclusión y debe ser considerada solo cuando el resto de las posibles causas de neumonía han sido descartadas (1). Común entre la quinta y sexta década de la vida, se presenta sin distinción de género, con una incidencia aproximada de 1,97 casos por cada 100000 habitantes (2,3).

Produce un daño pulmonar que conlleva un proceso de reparación tisular, con producción de tejido de granulación en los bronquiólos y conductos alveolares que se extienden de manera distal hacia los alvéolos y producen un defecto ventilatorio de tipo restrictivo, siendo la tomografía (TAC) de tórax de gran resolución, a menudo, el examen de imagen de elección para su evaluación (4,5). Sin embargo, el diagnóstico patológico por biopsia pulmonar es el único que confirma el diagnóstico, acompañado al cuadro clínico (3). Importante señalar, que en nuestro caso la confirmación diagnóstica resultó imposible, no así el presunto diagnóstico con firme sustento en la clínica y la respuesta terapéutica.

Esta entidad carece de manifestaciones clínicas específicas. En ocasiones los pacientes presentan tos seca no productiva, fiebre, mialgias y disnea en progresión. Al examen físico pueden presentar en la auscultación pulmonar crepitantes finos, pero por lo general no hay sibilancias, en contraste con otras neumonías intersticiales y los análisis de sangre suelen ser inespecíficos (4).

La sospecha se edifica en el contexto de un paciente con historia clínica compatible, neumonía refractaria al tratamiento y/o persistencia de anomalías en la radiografía de tórax (6,7) además, cuando no responde a los antibióticos y tiene una excelente respuesta a los corticoides, que constituyen el pilar fundamental del tratamiento (8). Varias series coinciden en enunciar que el estudio y manejo de estos pacientes comúnmente se fundamenta en la experiencia clínica, más que en evidencia científica.

Desde el punto de vista histopatológico, se caracteriza por la aparición de células inflamatorias y de tejido conectivo organizado en el interior del espacio aéreo distal (bronquiólos, conductos alveolares y alvéolos), con una distribución parcheada, y por lo general, con la arquitectura pulmonar preservada (9,10). Habitualmente el diagnóstico histológico se realiza mediante biopsia transbronquial, teniendo que recurrir en algunos casos de duda a la biopsia pulmonar quirúrgica o abierta (11).

El tratamiento de elección se basa en el uso de corticoides orales, que a menudo se asocia a una mejoría clínica espectacular. Las recaídas aparecen especialmente en el primer año de tratamiento, con una frecuencia que varía del 13 al 58% de los casos, por lo tanto, el tratamiento no debe ser discontinuado (12).

Teniendo en cuenta que la NOC sigue siendo una enfermedad rara en el embarazo con solo dos casos previos reportados en la literatura, sin obviar el hecho de que las presentaciones de casos clínicos representan la primera fuente de evidencia en el ejercicio de la medicina, aunque en la “Medicina Basada en la Evidencia” ocupan el último escalón; el presente es probablemente el primer caso reportado en una paciente durante el puerperio inmediato, lo cual eleva su importancia, para alertar a la comunidad científica nacional e internacional, sobre su existencia, aún su conocimiento no deba generalizarse en los diferentes escenarios (10). No obstante, a las condicionantes anteriores, pretendemos que la presente publicación pudiera suministrar evidencia preliminar necesaria para el diseño de ensayos clínicos o experimentales a futuro.

2. Descripción del caso

Paciente de 40 años, casada, tipo de sangre O Rh positivo, con antecedentes alérgicos a múltiples fármacos entre los identificables, naproxeno y nitroglicerina; además antecedente de miocardiopatía hipertrófica en tratamiento con verapamilo hace 10 años. Refiere además dos partos anteriores, el último hace 10 años y cursa actualmente su tercera gesta con 9 controles prenatales. Recibe profilaxis antitetánica a las 20 semanas y suplementación desde las 12 semanas de embarazo con citrato de calcio 1,5 gramos diarios, además y hierro polimaltosado 100 mg tres veces a la semana.

Ingresa a hospitalización a las 39 semanas con 4 días de edad gestacional, para cesárea programada por periodo intergenésico prolongado y edad materna tardía, con tensión arterial de 120/74mmHg, frecuencia cardíaca materna 72 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36,2 °C y saturación de oxígeno 92%.

Estudio de SARS-Cov2 por Ag en Hisopado Nasofaríngeo: Negativo. Se constata además adecuado nivel de consciencia, y en buen estado general. El corazón se detectó rítmico, pulmones con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen gestante, altura de fondo uterino a 34cm con feto único cefálico izquierdo. Frecuencia cardíaca fetal: 138 por minuto, actividad uterina 1 en 10 minutos, al tacto vaginal cérvix dilatado 1 centímetro, extremidades simétricas, edema

maleolar leve, reflejos osteotendinosos normales. Exámenes de laboratorio con hemoglobina: 12,4 g/dl, hematocrito: 39%, plaquetas: 210000, glucosa: 76 mg/dl, creatinina: 0,72 mg/dl, serología para SARS-COV 2 IgG: No reactivo, IgM: No reactivo.

Se inicia procedimiento de cesárea bajo anestesia raquídea con bupivacaina pesada, obteniéndose recién nacido vivo sexo femenino, peso 2670 gramos, líquido amniótico claro. Durante el tiempo transoperatorio recibe 1400 mililitros de Lactato de Ringer, efedrina 20 miligramos, ketorolaco 30 miligramos, ondansetrón 8 miligramos, oxitocina 20 UI y metilergonovina 0,2 miligramos, resultando finalmente el procedimiento quirúrgico transcurre sin complicaciones con una duración de 40 minutos.

La paciente es trasladada a sala de recuperación, donde inicialmente presenta una tensión arterial de 105/65, frecuencia cardiaca materna 90 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto y saturación de oxígeno 91%. Posterior a la primera hora inicia con disnea de esfuerzo y disminuye la saturación de oxígeno a 70 - 72%, frecuencia respiratoria 26 por minuto, frecuencia cardiaca de 80 por minuto; por lo que se administra oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, con lo cual saturación mejora hasta 78%. Al examen físico se constatan los pulmones con rales crepitantes en ambos campos que contrastan con corazón normal por lo que se solicita una Tomografía axial computarizada de tórax (Fig.1) cuya conclusión evidenció que el patrón pulmonar intersticial descrito en el contexto clínico adecuado representaba neumopatía a considerarse neumonía criptogénica organizada, sin descartar otra asociación o entidad. La radiografía de tórax evidenció infiltrado alveolar paracardíaco derecho (Fig.1).

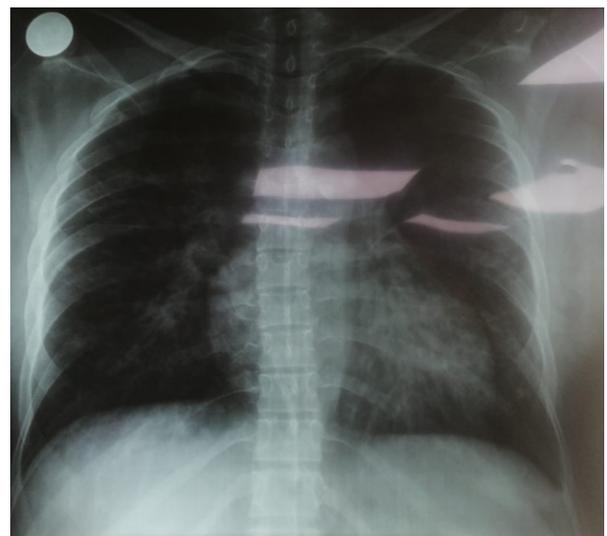
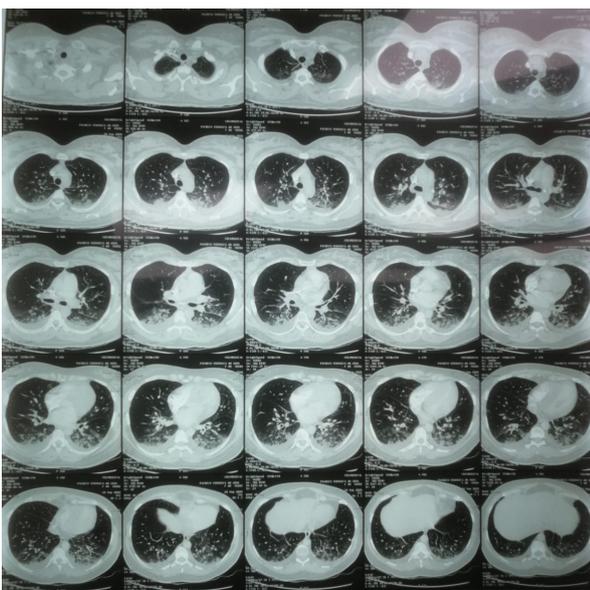


Figura 1 (Estudios imagenológicos): A- TAC Aparato Respiratorio: Imágenes nodulares-pseudonodulares hiperdensas en ambos pulmones que se comportan como consolidaciones de la vía aérea, otras parcheadas con perfusión en vidrio deslustrado, muestran distribución centrolobulillar con morfología en árbol en brote de algunas de estas. Corazón, grandes vasos y esófago sin alteraciones. No adenomegalias en cadenas mediastinales. B- Rx de Tórax P-A: Infiltrado alveolar derecho

Con estos hallazgos se inicia tratamiento intravenoso con hidrocortisona 500 miligramos de carga y 100 miligramos cada 4 horas, levocetirizina 5 miligramos cada día, epinefrina 1 miligramo subcutáneo, enoxaparina sódica 60 miligramos dos veces al día y antibioticoterapia con cefepime 1 gramo cada 8 horas + claritromicina 500 miligramos cada día + fluconazol 150 miligramos dosis única. Se complementa el esquema terapéutico con administración suplementaria de oxígeno por tenedor nasal a 7 litros por minutos.

La paciente presenta mejora importante a las 12 horas de iniciado el tratamiento pues mejoraron las cifras de la saturación de oxígeno a 85%, frecuencia respiratoria 22 por minuto, frecuencia cardiaca de 76 por minuto, como de similar manera se reportó mejoría en su estado general y disminución de estertores crepitantes en pulmones.

A las 24 horas los índices vitales registraban normalidad y al examen físico, aunque persistían los estertores crepitantes, el área que abarcaban era solo limitada a la base pulmonar izquierda. Para entonces se mantenía igual esquema terapéutico al reportado inicialmente.

A las 48 horas el estado de la paciente era favorable, por lo que se logra destetar de la necesidad de oxígeno y se decide continuar con tratamiento con corticoide (prednisona) 1 mg/kg/día + terapéutica antibiótica inicial, vía oral, que se logró extender durante 7 días, en régimen ambulatorio.

3. Discusión

Se trata de un caso de NOC en el puerperio inmediato y además en periodo postquirúrgico inmediato, que se presenta con cuadro súbito de dificultades ventilatorias, sin antecedentes de patología pulmonar y sin evidencias de etiología definida al realizar pruebas para otras patologías. El diagnóstico a pesar de que no pudo ser confirmado por histopatología, se obtiene por los hallazgos de un patrón típico en la tomografía axial computarizada tal como lo describen los estudios clínicos de NOC (5), además de la mejora notable del cuadro clínico posterior a la administración del tratamiento con corticoide. En consecuencia, con lo anterior, se descartaron otras posibles causas del cuadro respiratorio agudo como tromboembolia pulmonar o neumonía de origen infeccioso incluyendo SARS-Cov2.

En tal contexto, el presente caso se enmarca dentro del diagnóstico de una neumonía organizada y de causa desconocida por lo que puede deducirse que se trata de una verdadera NOC.

En la literatura se han descrito pocos casos de esta entidad en el embarazo y escasos reportes en el puerperio inmediato, diagnóstico complejo de realizar por las múltiples posibilidades diagnósticas que pueden provocar problemas ventilatorios en tal etapa y que en su mayoría se relacionan al periodo de embarazo y puerperio (6-12).

4. Conclusiones y recomendaciones

La NOC es una patología pulmonar poco común, que puede presentarse en contextos poco comunes como en el embarazo o el puerperio y debe sospecharse en base a los hallazgos tomográficos, así como también por la respuesta al tratamiento con corticoides. No obstante, su diagnóstico de certeza continúa siendo anatomopatológico. Deberá considerarse como una posibilidad diagnóstica ante la ausencia de otras etiologías y su enfoque terapéutico deberá incluir un tratamiento a largo plazo con corticoides debido a las recaídas que se presentan si se suspenden estos a corto plazo.

Bibliografía

1 Zhang Y., Li N., Li Q., Zhou Y., Zhang F., Chen T.,... Li H. (2020). Analysis of the clinical characteristics of 176 patients with pathologically confirmed cryptogenic organizing pneumonia. *Ann Transl Med*, 8(12), 1-13. doi:10.21037/atm-20-4490

2 Cho YH., Chae EJ., Song JW., Do KH. y Jang SJ. (2019). Chest CT imaging features for prediction of treatment response in cryptogenic and connective tissue disease-related organizing pneumonia. *European Radiology*. doi:10.1007/s00330-019-06651-5

3 Petitpierre N., Beigelman C., Letovanec I. y Lazor R. (2016). Pneumopathie organisée cryptogénique. *Revue des Maladies Respiratoires*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2015.08.004>

4 Leilei S., Jing S., Liyu H., Yuxuan Z., Xiangsheng X. y Hong Y. (2019). Neumonía organizada criptogénica que se presenta como una masa solitaria: características clínicas, de imagen y patológicas. *Med Sci Monit.*:25: 466–474. doi: 10.12659 / MSM.911655

5 Tiralongo F., Palermo M., Distefano G., Vancheri A., Sambataro G., Torrisi S. y colaboradores. (2020). Cryptogenic Organizing Pneumonia: Evolution of Morphological Patterns Assessed by HRCT. *Diagnostic*. 10, 262. doi:10.3390/diagnostics10050262

6 Bravo A., Torres M. I., García F., Sánchez C., Parrón M. y Pardo M. (2006). Patrones de presentación de la neumonía organizada mediante tomografía computarizada de alta resolución. Archivos de Bronconeumología, 42(8), 413-416. <https://doi.org/10.1157/13091652>

7 Garcia M., Serrano E., Bustos A., Cabeza B., Ferreirós J. (2012). Hallazgos en las técnicas de imagen de la neumonía organizada: Revisión de nuestra experiencia. SERAM 2012 EPOS. doi:10.1594/seram2012/S-1192

8 Olivares A., Fica C., Charpentier V., Hernández M., Manríquez A. y Castro S. (2014). Neumonía criptogénica organizada como diagnóstico diferencial de neumonía que no responde a tratamiento: Report of one case. Revista médica de Chile, 142(2), 261-266. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872014000200017>

9 Pallás B. y Rodríguez L. (2009). Neumonía criptogénica organizada en el anciano. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 44(3), 167-168. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.11.003>

10 Holder K., Scardo J. y Laye R. (2011). Parto prematuro electivo como una opción de manejo en la neumonía organizada criptogénica. Obstet Med . 2011 Jun; 4 (2): 76–79. doi:10.1258 / om.2010.110004

11 Quintero J., Hernández E. y Guarín E. (2016). Neumonía organizativa criptogénica. Revista Colombiana de Neumología, 28(2), 101. <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v28.n2.2016.221>

12 Sáez J. (2017). Una puesta a punto de la neumonía organizada. Medicina General y de Familia; 6(5): 233-236. <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.051>