

Imagen clínica

Enfermedad de la vía aérea pequeña: correlación funcional, radiológica e histológica en bronquiolitis folicular



Small airways disease: Functional, radiological and histological correlation in follicular bronchiolitis

Javier Navarro Esteva^{a,*}, María Luz Plaza Pérez^b y Fernando Rezola Sáez^c

^a Neumología. Hospitales Universitarios San Roque, Maspalomas, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^c Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

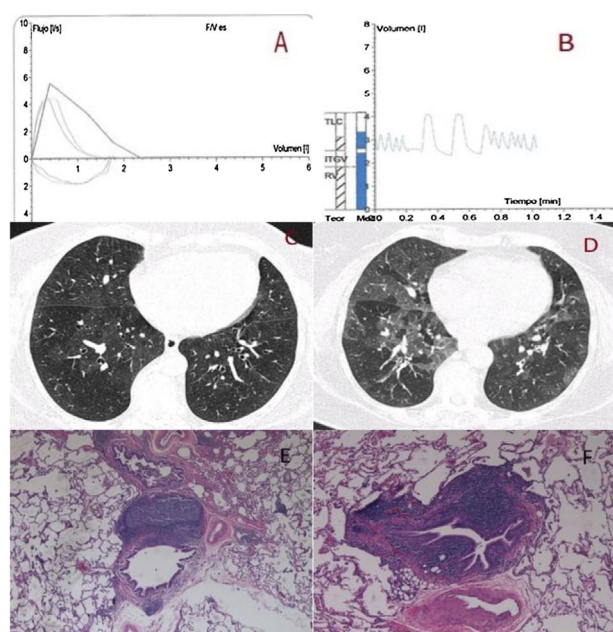


Figura 1. A) Curvas flujo-volumen pre y posbroncodilatación. B) Curva pletismográfica. El aumento del cociente RV/TLC indica atrapamiento aéreo. C) Corte axial de TCAR en inspiración. Patrón en mosaico. D) Corte axial de TCAR en espiración. Se acentúa el patrón en mosaico por presencia de áreas con atrapamiento aéreo. E) Hiperplasia folicular linfóide a nivel bronquiolar, posible compresión extrínseca. F) Infiltración de la pared bronquiolar, característica de la BF.

Mujer de 64 años, exfumadora, índice paquetes-año (IPA) = 10, consulta por tos seca y disnea grado II/IV en escala mMRC de varios meses de duración. A la auscultación, se apreciaron crepitantes inspiratorios bibasales. La radiografía de tórax fue normal y la exploración funcional fue sugestiva de patrón anormal no específico, es decir, *forced vital capacity* (FVC) disminuida con cociente *forced expiratory volume in the first second* (FEV1)/FVC y *total lung capacity* (TLC) normales, sugestivo, en este caso, de atrapamiento aéreo por colapso de vías aéreas pequeñas en fase espiratoria precoz¹. El FEV1 posbroncodilatación fue 1,30 L (68% pred.), FVC 1,75 L (74% pred.), FEV1/FVC 74%. El *residual volume* (RV) fue L (131% pred.), medido por pletismografía, *slow vital capacity* (SVC) de 1,79 L (77% pred.) y TLC 4,22 L (93% pred.) (fig. 1A, B). Se realizó una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) (fig. 1C, D) y biopsias pulmonares quirúrgicas, diagnosticándose de bronquiolitis folicular (BF) (fig. 1E, F). Encontramos signos indicadores o explicativos de atrapamiento aéreo en el funcionalismo respiratorio, tomografía e histología. En la TCAR, entre el 45 y 100% de casos de BF presentan nódulos centrolobulillares y/o perilinfáticos. Otros hallazgos son áreas en vidrio deslustrado o patrón en mosaico secundario a atrapamiento aéreo². No apreciamos nódulos, aunque sí se observó el mosaico. Posteriormente, se confirmó el diagnóstico de síndrome de Sjögren, mediante biopsia de glándulas salivales y serología específica.

Financiación y conflicto de intereses

Los autores declaran no haber recibido financiación ni tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Miller A, Enright PL. PFT Interpretive Strategies: American Thoracic Society/European Respiratory Society 2005 Guideline Gaps. *Respir Care*. 2012;57:127–35. <http://dx.doi.org/10.4187/respcare.01503>.
2. Aerni MR, Vassallo R, Myers JF, Lindell RM, Ryu JH. Follicular bronchiolitis in surgical lung patients: Clinical implications in 12 patients. *Respir Med*. 2008;102:307–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2007.07.032>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jnesteva7@hotmail.com (J. Navarro Esteva).