

## Neumonía intersticial avanzada, ¿es importante un diagnóstico preciso?

**Autora:** Silvina Mannarino

Hospital Clemente Álvarez - Rosario

**Correspondencia:**

Domicilio postal: España 931

Rosario- Argentina

Te.: 341-4407011

E-mail: smannar@email.com

### Al Editor:

En la RAMR Vol. 13 N° 4 año 2013 se presentó el ateneo: **“Enfermedad intersticial grave de difícil caracterización”**. Se expone una paciente portadora de una neumonía intersticial no tipificada que evoluciona rápidamente a insuficiencia respiratoria y fallece.

El análisis inicial de los colegas se centró en el diagnóstico preciso de la patología de esta paciente. El hecho a evaluar es si se justifica utilizar medios agresivos de diagnóstico en pacientes en estas condiciones.

La evolución y el rápido deceso de la misma hablan claramente de que se trataba de una paciente terminal. Probablemente pocos estudios diagnósticos o terapéuticos hubiesen podido modificar su evolución.

Las dudas hubieran sido determinar en qué etapa estaba la paciente y cuál hubiera sido el beneficio real de encontrar una etiología precisa. Recordemos que, en general, esta presentación ocurre en un pequeño grupo de pacientes y generalmente tenemos más tiempo para abordar el diagnóstico y definir si la enfermedad es reversible.

¿Cuál hubiera sido el beneficio, entonces, de determinar la etiología de la enfermedad en este caso?

De hecho satisfacer nuestra inagotable curiosidad médica pero, en mi opinión, hubiese tenido utilidad desde el punto de vista epidemiológico, dado que se trataba, probablemente, de una enfermedad ocupacional.

Las patologías ocupacionales evaluadas en el ateneo representan las enfermedades respiratorias más frecuentes del sector manufacturero y están dentro de las cinco primeras causas de muerte en este grupo en el mundo según el Niosh<sup>1</sup>.

El poder caracterizar el agente causal quizá pudiera beneficiar a otros potenciales enfermos y permitiría una detección más temprana de otros pacientes y la modificación de condiciones laborales

o retirarlos del ambiente. Esto beneficia a la sociedad en su conjunto así como a la paciente y su familia (solemos recibir en consulta grupos familiares completos e incluso varias generaciones que trabajan en el mismo ambiente y se someten por ende a las mismas noxas) tal como sucede en las fuentes únicas de trabajo en un pueblo o en un barrio.

También en los pacientes con sospecha de FPI, incluso en la forma familiar, es importante descartar la ausencia de exposición a agentes productores de fibrosis, descartando en forma sistemática las causas ambientales y ocupacionales, y no adjudicando una causa genética exclusiva<sup>2</sup>. Hay referencias actuales de un aumento de casos de FPI en Estados Unidos y en Gran Bretaña, posiblemente relacionados con exposiciones ambientales previas, sobre todo a metales<sup>3,4</sup>.

Esto mismo sucede con la exposición al asbesto que puede ser ambiental y no siempre vinculada al trabajo del paciente<sup>5</sup>.

Dado entonces que los recursos terapéuticos de estas patologías son aun limitados, juega un rol fundamental la prevención.

Eso justificaría, en casos como estos, la realización de maniobras diagnósticas en pacientes en los cuales el pronóstico no cambiaría sustancialmente a pesar del mismo. El desafío sería valorar riesgos y beneficios en función de no agravar los daños existentes.

El segundo aspecto considerado en el ateneo, pero más relevante para esta paciente individual, es el enfoque del tratamiento. Si bien en este caso particular la evolución fue rápida, es común que el médico de cabecera se enfrente con estos pacientes y sus familias durante largo tiempo pudiendo ofrecerles solo tratamiento de soporte. No es el ánimo de esta carta enfocarse en el cuidado paliativo que incluye muchos tópicos. En general, la tos y la disnea son los síntomas más incapacitantes y los opiáceos son útiles. Remito a los consensos existentes para el manejo adecuado de estos síntomas<sup>6</sup>.

**Conflictos de intereses:** La autora no refiere conflictos de intereses relacionados con el tema del presente escrito.

## Bibliografía

1. DHHS (NIOSH) publicación N° 2010-144.
2. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183:788-824.
3. Navaratnam V, Fleming KM, West J, et al. The rising incidence of idiopathic pulmonary fibrosis in the U.K. *Thorax* 2011; 66(6): 462-7.
4. Navaratnam V, Fogarty AW, Glendening R, McKeever T, Hubbard RB. The increasing secondary care burden of idiopathic pulmonary fibrosis: hospital admission trends in England from 1998 to 2010. *Chest* 2013; 143(4):1078-84.
5. Ferrer J, Martínez C. El diagnóstico de las enfermedades respiratorias causadas por el asbesto. *Arch Bronconeumol* 2008;44:177-9.
6. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG et al. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest* 2010; 137(3), 674-691.