

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Afectación pulmonar en paciente con colitis ulcerativa

Maria Amada Barcia, Daniel Macías Zambrano

Hospital Portoviejo del Seguro Social,
Portoviejo-Ecuador

**Lung involvement in a patient with
ulcerative colitis**

PALABRAS CLAVE

Compromiso pulmonar, colitis ulcerativa

KEYWORDS

Pulmonary involvement, ulcerative colitis

CORRESPONDENCIA

María Amada Barcia.
Hospital Portoviejo Seguro Social.
mariabcansino@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés
en esta publicación.

RESUMEN

El compromiso pulmonar en enfermedades inflamatorias intestinales se presenta en menor prevalencia dentro de las manifestaciones extraintestinales, incluso la enfermedad intersticial relacionada es rara, en muchas ocasiones se debe considerar que su presencia sea una complicación infecciosa o relacionada a la medicación utilizada en el tratamiento, como en este caso se presenta un paciente masculino con comorbilidades asociadas y con pobre respuesta al tratamiento que presenta rápida progresión de la afectación pulmonar.

ABSTRACT

Pulmonary involvement in inflammatory bowel diseases occurs in a lower prevalence within the extraintestinal manifestations, even the related interstitial disease is rare, many times its presence should be considered to be an infectious complications or related to the medication used in the treatment, as in This case presents a male patient with associated comorbidities and with a poor response to treatment who presents rapid progression of lung involvement.

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal se presentan en un 21 a 41% y con mayor frecuencia involucran el sistema musculoesquelético (espondilitis), la piel (eritema nodoso), el tracto hepatobiliar, genitourinarios, ojo (uveítis, episcleritis)^{1,3}

El compromiso pulmonar fue descrito por primera en 1962, por López Botet y Rosalem Archer y tiene amplias manifestaciones

por estar involucrados las vías aéreas, su vasculatura, serosa pleural y el parénquima pulmonar.¹

Se ha planteado que un origen embrionario compartido entre las enfermedades pulmonares y las inflamatorias intestinales guardaría relación entre ambas entidades.²

La afectación del pulmón puede deberse a medicaciones, como los casos existentes de neumonitis eosinofílica e intersticial por mesalazina y anti TNF.^{4,5}

Los procesos infecciosos oportunistas son una de las principales causas de mortalidad.

Las exacerbaciones de la colitis ulcerosa llevan a una morbilidad alta como se describe.

Un retraso en el diagnóstico de dichas infecciones como *Pneumocystis jirovecii* o por citomegalovirus suelen tener alta prevalencia de morbi/mortalidad. Estos procesos infecciosos guardan relación estrecha con el uso de inmunosupresores.⁸

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años, que ingresa a emergencia por cuadro clínico de 24 horas de evolución, dolor abdominal tipo cólico en epigastrio y fosa iliaca derecha que se irradia a región lumbar, náuseas, vómitos posprandiales y leve sensación de falta de aire. Al examen físico pérdida de masa muscular, mucosas secas, signos de deshidratación, sin adenopatías palpables, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos sin presencia de ruidos agregados, TA 100/50 mmHg, frecuencia cardíaca 108 latidos, saturación de oxígeno 90%, necesitando oxígeno suplementario, abdomen distendido y doloroso. No limitación motora, no artritis en miembros superiores e inferiores, no edema.

Antecedente patológico personales de relevancia: Colitis ulcerativa (2010) con falla a tratamiento con corticoides, mesalazina, azatioprina, con varias internaciones por hemorragia digestiva baja, neumonía, citomegalovirus intestinal y covid 19. Además, tabaquista durante 20 años, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica con colocación de 2 stent coronarios hace 5 años. Trombosis venosa y Tromboembolia pulmonar, con colocación de filtro en vena cava derecha hace 1 mes.

A su ingreso contaba con dos dosis de infliximab a dosis de 5mg/kg en espera de una tercera dosis, además de azatioprina 100mg/d, mesalazina 3 gr/d, prednisona 40 mg/d, omeprazol 40 mg/d, rivaroxaban 15 mg/d, enalapril 5 mg/d.

Los exámenes complementarios: Leucocitos 19.000 / mm³, neutrófilos 77% Hb 10 g/dl, hematocrito 30.3%, plaquetas 343.000 (uL), INR 1.39, función renal y electrolitos normales, PCR 388 mg/l procalcitonina 1.3 ng/mL, ferritina 902 ng/ml, dímero D 4.71 ng/ml, troponina 26.86 ng/cml, transaminasas: ALT 14 UI/l, AST 13 UI/l, proteínas 5 g/L, albumina 2.6 g/dl. Urocultivos positivos para *E.coli* 100.000 UFC ml. Hemocultivos resultados parciales negativos, tomografía abdominal y pélvica distensión gástrica y paredes colónicas engrosadas.

Electrocardiograma: Taquicardia sinusal.

Ecocardiograma función sistólica del ventrículo derecho disminuida, no derrame, no masas, no vegetación.

Responde con el uso de cristaloides y la necesidad de dosis bajas de noradrenalina.

Tratamiento inicial con meropenem 1gr cada 8 hs, trimetropim –sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 hs, prednisona 20 mg/d, cinitaprida 1mg/d, mesalazina



Figura 1. Tomografía pulmonar previa a su ingreso por emergencia patrón en vidrio esmerilado con engrosamiento intersticial a nivel del lóbulo superior derecho.

500mg cada 12 hs, rivotaban 15 mg/d, omeprazol 40 mg cada 12 hs, metoclopramida 10 mg cada 8 hs.

Durante su periodo de internación intercorre con íleo gástrico, con la necesidad de nutrición parenteral e insuficiencia respiratoria con mala mecánica ventilatoria requiriendo intubación orotraqueal y sedoanalgesia.

Con tendencia a la hipotensión requiriendo incremento de vasoactivos.

Se realiza lavado bronquialveolar, fluido hemático, se tomaron muestras para micología, citología, BAAR.

Los resultados fueron; tinción de Ziehl-Neelsen negativo, cultivo nickerson positivo. Germen *Candida Tropicalis* sensible a caspofungina, anfotericina.

Laboratorio inmunológico ANA, anti Ro, anti La, anti Sm, anti cardiolipinas, beta2 glicoproteínas y ANCA todos negativos.

Hisopado rectal *Acinetobacter baumannii* cepa resistente a carbapenémicos.

Se amplía el espectro antibiótico y antimicóticos con vancomicina 1gr cada 12 horas, colistin 150 mg ev cada 12 horas, capofungina 50 mg/d, heparina 60 gr/día; a pesar

de este esquema el paciente presenta empeoramiento del cuadro clínico con progresión de las imágenes tomográficas de control con zonas de consolidación.

Por laboratorio, hemocultivos persistían negativos, aumento de la procalcitonina, caída del hematocrito, sin melena constatada y con la necesidad de transfundir, deterioro de la función renal con disminución de la diuresis hasta llegar a la necesidad de la diálisis peritoneal, presenta un nuevo evento trombotico venoso que compromete miembro inferior izquierdo.

A pesar de las medidas tomadas tiene una evolución tórpida con taquicardia supraventricular y a pesar de aumentos de las dosis de vasoactivos evoluciona a choque refractario con datos de hipoperfusión periférica, inestabilidad hemodinámica que conlleva al fallecimiento del paciente.

DISCUSIÓN

En este caso clínico se muestra un paciente con varias comorbilidades asociadas como eventos tromboembólicos cuya etiología pudo ser multifactorial como es la asociación a corticoides, el tabaquismo y la misma relación de enfermedades inflamatorias.^{9,10}

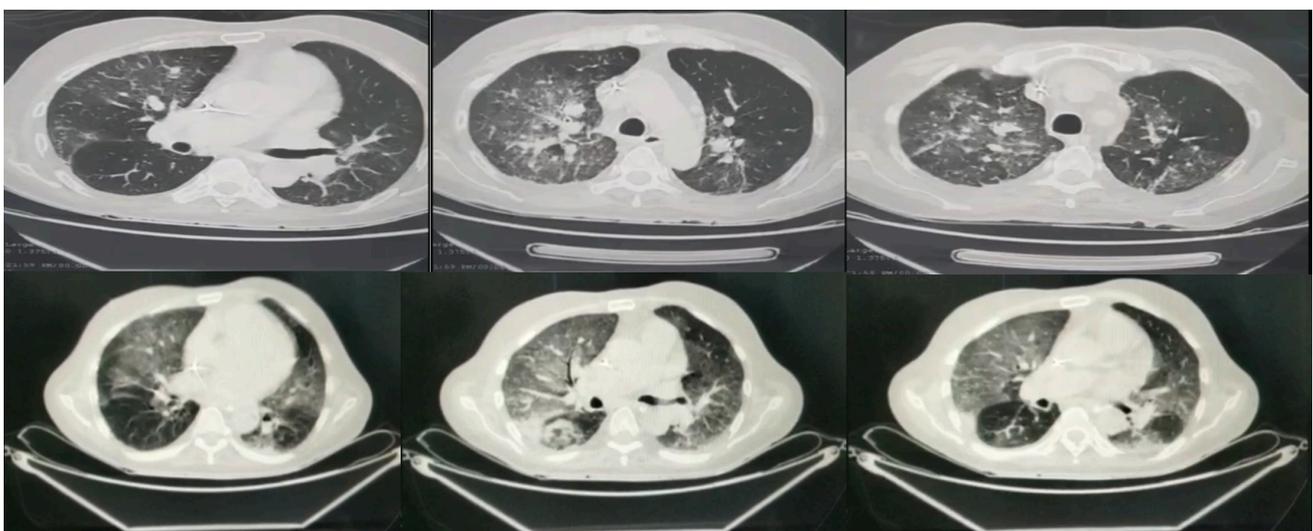


Figura 2. Compromiso bilateral con zonas de vidrio esmerilado bilateral y difuso, se evidencia consolidación basal derecha subpleural. En lóbulo superior derecho se observa árbol en brote.

En este paciente se plantearon diferentes escenarios: Primero toxicidad por los fármacos utilizados, mesalazina, infliximab. Imágenes con consolidaciones periféricas hacen sospechar neumonía eosinófila, patrones con opacidades lineales irregulares u opacidades en vidrio esmerilado en caso de neumonitis intersticial inespecífica. Si los medicamentos hubiesen sido la causa dichas imágenes hubieran mejorado con la suspensión de la medicación, en nuestro caso dicha situación no sucedió.⁷

Segundo, ¿compromiso pulmonar por actividad inflamatoria como manifestación de su enfermedad de base? la enfermedad intersticial relacionada es rara, las características del patrón radiológico que vemos por imágenes no impresiona como enfermedad intersticial aguda. La OP (neumonía organizada) por las consolidaciones periféricas es un diagnóstico diferencial que puede estar más relacionada con otras patologías autoinmunes como granulomatosis con poliangeitis, lupus y artritis reumatoidea.⁵

Y por último una sobre infección por agentes oportunistas en un paciente que usaba dosis altas de corticoide y uso de anti TNF. Las infecciones por citomegalovirus el aislamiento de agente mitóticos en el lavado bronquial, la elevación de procalcitonina aumenta la probabilidad de sepsis y complicaciones posteriores.⁸

CONCLUSIÓN

La afectación pulmonar asociada a enfermedades inflamatorias puede incluir varios escenarios a ser considerados, la relacionada con la medicación (mesalazina, infliximab), las causas infecciosas y las manifestaciones pulmonares que pueden ser amplias, siendo la más frecuente las bronquiectasias, siendo el compromiso intersticial más raro.

REFERENCIAS

1. Cozzi D, et al. Radiological Patterns of lung involvement in inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology Research and Practice Volumen 2018, Article ID 5697846
2. Azka S, Ammanpreet K, Amal M, Gantuya T, Bilal H. Inflammatory bowel disease an obstructive pulmonary disease: A two – way association? doi :10.7759 /cureus.6836.
3. Abraham A, et al. Acute respiratory failure secondary to mesalamine –induced interstitial pneumonitis BMJ Case Rep.2013 PMID 23964037
4. Vutcovici M, et al. Inflammatory bowel disease and airway diseases, World J gastroenterology, Sept 14 ,2016 , 22(34) doi 10.3748/wjg.v22.134.7735
5. Tejera Taveras N, Rivera Martinez A,Kumar R,et al. (March 32,2021)Pulmonary Manifestations of inflammatory Bowel Disease. Cureus 13(3) e14216 doi: 10.7759/cureus.14216
6. Nasir S,Patel R, Wojkiewicz S,et al.(December 28,2022)Infliximab-induced Non-specific interstitial Pneumonitis in a Patient With Ulcerative Colitis (UC).Cureus14(12);e33064 doi;10.7759/cureus.33064
7. Xiao-Qing Ji, Li-Xia Wang,De-Gan lu, Pulmonary Manifestations of inflammatory bowel disease, World J Gastroenterol. Oct 7,2014,20(37) doi;10.3748/wjg.v20.i37.13501
8. Gerceker E,Saygih F, Avci A,etal.(october 30,2022) Steroid Resistance/Dependence Might Be an Alarming Feature For Cytomegalovirus Infection Among Ulcerative Colitis Patients with Increased Disease Activity ,Cureus 14(10) e30873 doi10.7759/cureus.30873
9. Medgyesy k, Horrigan J, Tadros M (february 03,2022) Bilateral Pulmonary Embolism in a hospitalized Ulcerative Colitis Patient. Cureus 14(2)21861.doi 10.7759/cureus.21861
10. Gala D, et al. Thromboembolic Events in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Overview. Diseases. 2022 Sep 30;10(4):73. doi: 10.3390/diseases10040073. PMID: 36278572; PMCID: PMC9589934.