

DISNEA EN MUJER DE 47 AÑOS. NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

Dra. Vanessa Muñoz Mendoza¹ / Dr. Miguel Angel Sauras Herranz¹ / Dr. M^a Mar Villanueva Gimeno¹ /
Dr. J.M De Pablo Cárdenas²

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La neumonitis por hipersensibilidad, también llamada alveolitis alérgica extrínseca, constituye un grupo de enfermedades en las que aparece bronquioalveolitis. Se trata de una reacción inmunológica a agentes inhalados, de naturaleza orgánica que producen una reacción inflamatoria en la pared alveolar y bronquiolar¹.

Presentamos un caso respecto a este tema.

PALABRAS CLAVE

Disnea, neumonitis por hipersensibilidad, agentes inhalados.

ABSTRACT

Hypersensitivity pneumonitis, also called extrinsic allergic alveolitis, are a part of a group of diseases in which appears bronchiolalveolitis. It represent an immunologic reaction to an inhaled agent, particularly organic agents, that cause an inflammatory reaction in the alveolar and bronquilar wall.

We report a case in relation.

KEY WORDS

Dyspnea, hypersensitivity pneumonitis, inhaled agents.

INTRODUCCIÓN

La disnea o sensación subjetiva de falta de aire , es uno de los síntomas más frecuentemente referidos por nuestros pacientes, suele reflejar habitualmente la presencia de una enfermedad pulmonar o cardiaca avanzada. Es muy importante realizar una correcta anamnesis. Como primer paso se debe intentar establecer el origen de esa disnea. La presencia de tos y expectoración nos suelen orientar hacia el origen broncopulmonar. También debemos establecer la cronicidad de la disnea, ya que en la disnea de instauración lenta y prolongada el paciente suele adaptar su estilo de vida a las limitaciones que le provoca.

Presentamos un caso de una mujer joven con disnea de larga evolución.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 47 años de edad, exfumadora desde hace

2 años con antecedentes personales de hipercolesterolemia, hipotiroidismo para el que llevó tratamiento hormonal sustitutivo de los 8 a los 14 años y posteriormente no ha seguido controles, fractura de Colles, y como antecedentes quirúrgicos una poliplectomía endometrial. En tratamiento con anticonceptivos orales. La paciente consulta por disnea progresiva hasta hacerse de reposo, que había aparecido 15 días antes acompañada de sensación distérmica y tos persistente no productiva. Los días previos a su ingreso presentó ortopnea. Como constantes presenta: T^a: 37.3 °C, TA: 136/88 mmHg, FC: 112lpm y SatO₂: 83% con aire ambiente. En la exploración destaca taquipnea en reposo con trabajo respiratorio y en la auscultación presencia de crepitantes finos secos en ambas bases y campos medios bilaterales, el resto de la exploración aparece normal. Se solicitan exploraciones complementarias, electrocardiograma en el que destaca taquicardia sinusal a 110lpm, eje izquierdo; radiografía de tórax posteroanterior (Fig. 1) con hipoventilación pulmonar bilateral, aumen-



Fig. 1. Rx Tórax PA.

to de densidad bibasal, patrón intersticio acinar con broncograma y alveolograma aéreo compatible con neumopatía bibasal difusa; analítica completa (hemograma, coagulación, bioquímica) en la que destaca leucocitosis con desviación izquierda, TSH: 147.1 uUI/ml, T4: libre: 0.32 ng/dl, Colesterol total: 233 mg/dl, Triglicéridos: 428mg/dl y una gasometría arterial con hipoxemia. Las serologías de Legionella, Neumococo y neumonías típicas fueron negativas y los hemocultivos también resultaron negativos. Se realizó un Mantoux con resultado negativo. También se realizó una PCR de Gripe H1N1 que resultó negativa. Se inició tratamiento antibiótico, corticoideo y de sustitución tiroidea con ligera mejoría, pero ante la persistencia de disnea y saturación de oxígeno baja se decide realizar un TC torácico con protocolo de tromboembolismo pulmonar en el que no se observan defectos de repleción intravasculares sugestivos de tromboembolismo, no hay alteraciones radiológicas significativas en el parénquima pulmonar y pruebas funcionales respiratorias que muestran un patrón restrictivo con una difusión disminuida: FVC: 64%, FEV1: 67%, FEV1/FVC: 94%, DLCO: 56%. La paciente continúa mejorando y se decide alta a domicilio con el diagnóstico de neumonía bibasal atípica y control en consultas externas en el plazo de 1 mes.

Es valorada en consulta donde se observa mejoría parcial con persistencia de la disnea de moderados- mínimos esfuerzos, la radiografía de

tórax ha mejorado pero persiste patrón intersticial en bases. Se solicita TC torácico de alta resolución para completar el estudio y nuevo control en consultas.

Tras una semana de la valoración ambulatoria la paciente consulta de nuevo por aumento de su disnea en esta última semana, que se ha hecho de reposo y se acompaña de tos intensa y expectoración blanquecina. A la exploración destaca SatO₂: 84%, taquipnea en reposo con FR 48 resp/min, FC:130lpm y en la auscultación crepitantes finos secos en bases, campos medios bilaterales anteriores y posteriores. En estos momentos la paciente es dependiente de oxigenoterapia ya que presenta importante hipoxemia y desaturación en ausencia de O₂. Se realiza nueva radiografía donde se observa la persistencia del patrón intersticial en bases. Se decide realizar TC torácico de alta resolución (Fig. 2) donde aparecen opacidades en vidrio deslustrado de distribución bilateral y difusa, con áreas parcheadas de radiolucencia lobulillar. Estos hallazgos nos sugieren enfermedad del espacio aéreo distal (neumonitis viral vs neumonitis por hipersensibilidad). Se realizan pruebas de función respiratoria que la paciente no es capaz de realizar debido a su disnea.

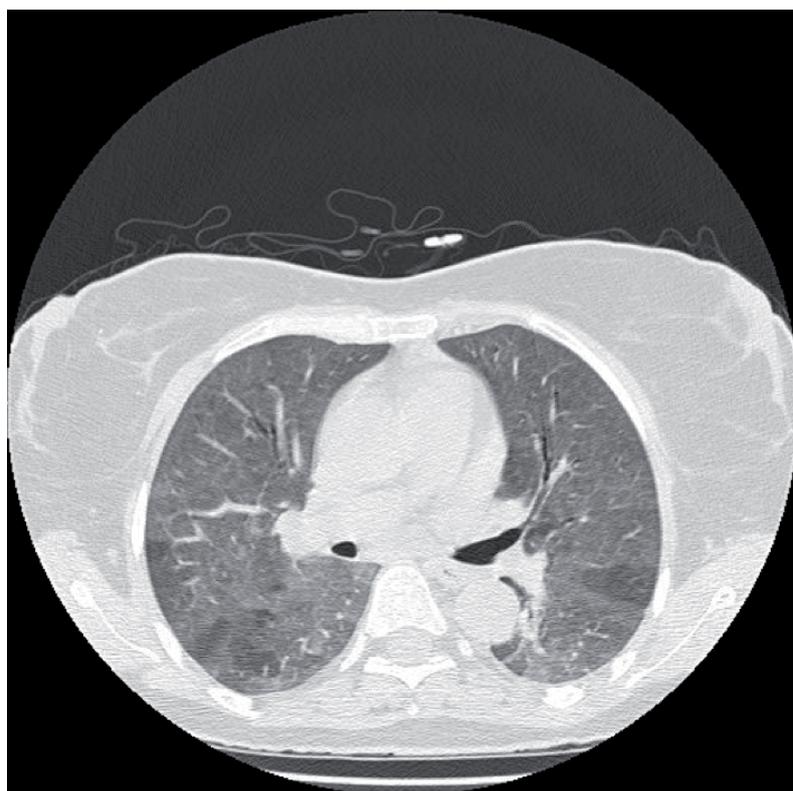


Fig. 2. TC torácico alta resolución.

Tras los hallazgos se reinterroga a la paciente. Trabaja como ama de casa en un entorno rural y está habitualmente en contacto con animales domésticos (perros, gatos, pájaros, palomas), refiere algún episodio de rinorrea al realizar la limpieza de ropas con polvo de cereales. Con esta nueva información se deciden solicitar precipitinas en sangre frente a hongos y animales que resultan positivos para periquito y paloma.

Se comenta el caso con el servicio de Cirugía Torácica para la realización de biopsia pulmonar y durante la espera para la realización de la misma se inicia tratamiento con corticoides, observando mejoría evidente de la disnea.

Se realiza biopsia pulmonar mediante toracoscopia y se envía cuña pulmonar para análisis anatomopatológico con unos resultados: macroscópicamente el parénquima pulmonar presenta múltiples áreas blanquecinas de consistencia aumentada y mal delimitada, múltiples zonas de hemorragia dispersas. En la microscopia se observa el parénquima pulmonar con inflamación granulomatosa no necrotizante de localización aleatoria con predominio peribronquilar, granulomas pobremente configurados constituidos por células gigantes multinucleadas tipo Langhans, algunas de ellas con cuerpos de Schaumann. Infiltrado inflamatorio leve- moderado de predominio linfocítico. Todos estos hallazgos son compatibles con el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad. Se continúa con el tratamiento corticoideo con prednisona a dosis altas con mejoría progresiva de la paciente. Actualmente continúa con tratamiento corticoideo de mantenimiento y la disnea prácticamente ha desaparecido.

DISCUSIÓN

La neumonitis por hipersensibilidad es un síndrome complejo de intensidad, clínica e historia natural variable. El pulmón del granjero es una de las formas más frecuentes de neumonitis por hipersensibilidad, afecta al 0.4-7% de la población dedicada a la agricultura. La prevalencia varía según la región, el clima y las prácticas agrícolas de cada región. Otra de las formas más frecuentes es la neumonitis del cuidador de aves, cuya prevalencia es muy variable ya que depende mucho de la época del año y de la localización geográfica en que las diferentes especies de aves se encuentran. La incidencia de esta patología

está muy influenciada por los mismos factores que la prevalencia (clima, región, época del año ...) y varía considerablemente.

Todas las profesiones que produzcan contacto³ con antígenos orgánicos transportados por el aire incrementan el riesgo de padecer una neumonitis por hipersensibilidad. Más de 300 agentes etiológicos ha sido descritos para esta enfermedad. Las profesiones y actividades más frecuentemente asociadas son: agricultura, ganadería, exposición a sistemas de ventilación y depósitos de agua, cuidadores de pájaros y aves de corral, cuidadores de animales, procesamiento de cereales, trabajadores de la madera, industria electrónica y de plásticos y trabajadores de la industria textil.

Se suele presentar clínicamente² de forma aguda, con comienzo brusco de los síntomas tras la exposición al agente causal con fiebre, cuadro catarral, disnea. En la exploración física se suele encontrar taquipnea y crepitantes finos difusos. La radiografía de tórax puede ser normal o mostrar condensaciones transitorias o patrón micronodular. Se suele resolver de forma espontánea (en horas o días) tras evitar la exposición al agente causal. También hay formas de presentación subagudas con un desarrollo gradual acompañado de tos productiva, disnea, pérdida de peso. La afectación respiratoria suele ser más pronunciada que en las formas agudas y los hallazgos radiológicos son más extensos. Se resuelve también al evitar la exposición pero de forma más lenta y a veces es necesario el tratamiento con glucocorticoides.

Hay descritas formas crónicas de presentación con una clínica más insidiosa, se pueden encontrar dedos en palillo de tambor que muestran enfermedad avanzada. Ya solemos encontrar en las pruebas de imagen signos de fibrosis pulmonar por lo que habría que plantear diagnóstico diferencial con otras patologías causantes de fibrosis pulmonar.

El diagnóstico precoz⁴ es muy importante, ya que la enfermedad es reversible cuando es diagnosticada precozmente. El correcto diagnóstico se basa en una historia de exposición al antígeno causal, evaluación clínica, hallazgos radiológicos y, si es posible, ver la respuesta clínica al evitar el posible agente causal. Los criterios diagnósticos descritos son: exposición conocida

al antígeno causante (la investigación medioambiental muestra la presencia del antígeno), presencia del Ac IgG específicos contra un antígeno identificado, clínica compatible (síntomas constitucionales y/o respiratorios con disnea, crepitantes finos, y en algunos casos sibilantes a la auscultación, sensación febril), hallazgos radiológicos en TC de alta resolución (predominado las lesiones en zonas medias y vértices con opacidades en vidrio deslustrado y signos de atrapamiento aéreo) y alteración en las pruebas de función respiratoria, lavado broncoalveolar con linfocitosis, test de inhalación positivo al reexponer al paciente al antígeno e histopatología tras biopsia pulmonar (suele ser la que confirma el diagnóstico) que muestre granulomas pobremente formados, no caseificantes o infiltrado de células mononucleares. Habitualmente no se cumplen todos estos criterios.

La medida de precipitinas séricas en bloque tiene una alta tasa de falsos negativos, se debe orientar siempre hacia el antígeno que creemos causal. Las pruebas cutáneas no son útiles en esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Bourke SJ, Dalphin JC, Boyd G, McSharry C, Baldwin CI, Calvert JE. Hypersensitivity pneumonitis: current concepts. *Eur Respir J* 2001; 18 (Supl 32): 81-92.
2. Lacasse Y, Selman M, Costabel U, Dalphin JCh, Ando M, Morell F et al. Clinical diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 168: 952-958
3. Morell F, Roger A, Reyes L, Cruz MJ, Murio C, Muñoz X. Bird fancier's lung: a series of 86 patients. *Medicine (Baltimore)* 2008; 87: 110-130.
4. Patel AM, Ryu JH, Reed CE. Hypersensitivity pneumonitis: current concepts and future questions. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 661-670