



262/207 - NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Rodríguez Marcos^a, D. Iturbe Fernández^b, D. Ferrer Pargada^b, A. Rojo Calderón^c, M. Hierro Cámara^d y X. Piris García^e

^aMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. ^bMédico Especialista en Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Covadonga. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Cantabria. ^eAdjunta. Servicio Urgencias Hospital de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años que consulta por tos y expectoración de días de evolución sin disnea, dolor torácico ni fiebre. Se le pauta antibiótico con mejoría de los síntomas pero con persistencia de crepitantes bilaterales por lo que se solicita radiografía de tórax en la que se objetiva patrón intersticial bilateral por lo que deriva a neumología. Es fumador activo de 15 paquetes-año (no otros factores de riesgo cardiovascular). Cuando es valorado por el neumólogo el paciente se encuentra asintomático y sin clínica de conectivopatía. reinterrogándole, refiere vivir en ambiente rural y haber tenido contacto con gallinas notando cierta dificultad respiratoria cuando entraba al gallinero.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂ 93%. Se realizan PFR que ofrece el resultado de FVC de 3.090 (79%), FEV1 de 2.260 (73%) y cociente del 73%. IgE 108,00 iu/ml, precipitinas anti-Aspergillus fumigatus negativo. Autoanticuerpos: ac anti-nucleares negativo, factor reumatoide < 9,19 UI/ml. Bioquímica: IGG 1.160,00 mg/dl, IgA 729,00 mg/dl, IgM 21,70 mg/dl. Resto normal salvo PCR 14,5 mg/dl. Coagulación: TP (actividad de protrombina) 100%, INR 0,96. Hemograma normal. Radiografía de tórax: patrón intersticial bilateral. TAC arterias pulmonares: enfisema centrolobulillar con bronquiectasias asociadas de predominio en campos superiores. No signos de tromboembolismo pulmonar. Pequeño derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico. Engrosamiento septal sugestivas de descompensación cardíaca. Nódulo pulmonar en lóbulo medio. Biopsia transbronquial: mínimo ensanchamiento intersticial sin lesiones exudativas ni organizativas. No se observan nidos fibroblásticos.

Juicio clínico: Enfermedad pulmonar intersticial difusa, posible neumonitis por hipersensibilidad.

Diagnóstico diferencial: Fibrosis pulmonar idiopática, otro tipo de enfermedad pulmonar intersticial.

Comentario final: La neumonitis por hipersensibilidad (NH) se desencadena en los sujetos susceptibles tras la inhalación de antígenos aviares, que pueden hallarse en el suero, las plumas, los excrementos o las secreciones de los animales. Estas partículas, tras activar fundamentalmente a los macrófagos y a los linfocitos T, dan lugar a una respuesta inflamatoria tipo III mediada por inmunocomplejos; también pueden coexistir respuestas tipo I y IV. El resultado final es una reacción

inflamatoria linfocitaria o de monocitos y macrófagos en las vías aéreas periféricas y el intersticio circundante.

Bibliografía

1. Morell F, et al. Chronic hypersensitivity pneumonitis in patients diagnosed with idiopathic pulmonary fibrosis: a prospective case-cohort study. *Lancet Respir Med.* 2013;1(9):685-94.