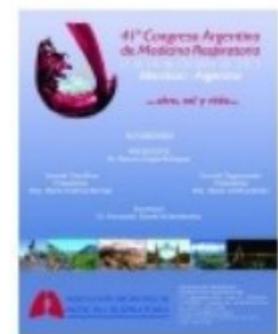




## COEXISTENCIA Y RESOLUCIÓN DE ENFERMEDADES POR INHALACIÓN DE TÓXICOS: NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA Y BRONQUIOLITIS.

Autores: Cuestas E.; Elías M.; Abrate V.; Blua A.; López AM.  
Unidad Enfermedades Respiratorias. Hospital Privado - Córdoba



B-46

Si bien no se han encontrado asociaciones entre Bronquiolitis Obliterante (BO) y Neumonía Intersticial Descamativa (DIP) en la literatura, se describe un caso en el que éstas patologías coexisten y podrían compartir un nexo etiopatogénico similar.

**Caso:** mujer, 42 años, con *exposición de 22 años* en empresa de limpieza a insecticidas en aerosol, mezcla de lavandina y detergente, sin utilizar protección. Antecedentes: Hipotiroidismo, *obesidad* (IMC 30) y *TBQ activa* de 40.5 paq./año.

**Primera etapa:** hace 3 años tos seca y disnea progresiva CF II. Examen: tos espasmódica, Sat. Hb. 94% FiO<sub>2</sub> 0.21%. *Espiración prolongada. Sibilancias espiratorias.* Espirometría: restricción leve. C<sub>VF</sub> 2.43 (75%). 6MWT: recorrió 65% del teórico, caída de Sat. Hb a 3 minutos de 94% a 88%. DLCO: 63%. Rx. Tórax: normal. TACAR: fig. 1. Centellograma V/Q: negativo para TEPA. Ecocardiograma: normal. Serología autoinmune negativa. Diagnóstico: *¿Bronquiolitis Obliterante secundaria a inhalación de tóxicos?* Tratamiento: Meprednisona 40 mg/día, Vareniclina y Budesonide/Formoterol. A 8 meses de tratamiento con esteroides sólo disnea CF I.



Fig. 1

**Segunda etapa:** sigue fumando, no toleró Vareniclina, consulta por disnea CF III de 7 días de evolución. Examen: Sat. Hb. 89-90% FiO<sub>2</sub> 0.21%, hipoventilación difusa, rales bibasales, sibilancias espiratorias bilaterales. Espirometría: restricción moderada. C<sub>VF</sub> 1.92 (56%) con cambios PBD. 6MWT: recorrió 52% del teórico. Volúmenes pulmonares: CPT 7.72 lts (165%); CRF 6.09 (237); VR 5.60 (378%): atrapamiento de 4.12 lts. Laboratorio: leucocitos 17.300 k/ul, PO<sub>2</sub> 62 mmHg, PCO<sub>2</sub> 33 mmHg, PCR 3.97. HIV: negativo. Imágenes: fig. 2 y 3. Diagnósticos: *¿RB-ILD/ DIP?, ¿infección sobreagregada?* FBC. BAL: Cultivos negativos para gérmenes comunes, BAAR y hongos. PCR para CMV, aspergillus, TBC, cryptococcus, cándida y P. Jirovecii: no detectables. Citología diferencial: eosinófilos 15%, PMN 25%, **macrófagos amarronados 60% (cargados de gránulos e inclusiones)**. Biopsia: material insuficiente. Diagnóstico: *DIP en paciente con bronquiolitis obliterante.* Tratamiento: esteroides, cesación tabáquica y broncodilatadores.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

**Tercera etapa:** 10 meses después, disnea CF I. No volvió a fumar, ni trabaja expuesta a químicos. Examen: Sat. Hb 98% con FiO<sub>2</sub> 0.21%, pulmones limpios. Espirometría: restricción leve. C<sub>VF</sub> 2.22 (65%). DLCO: 82. Volúmenes pulmonares: CPT 3.91 (83%); CRF 2.06 (80%); VR 1.84 (124%). TACAR: fig. 4.

**Comentario:** Destacamos la probable relación entre tabaquismo y exposición laboral a tóxicos inhalados, a los que inicialmente, atribuimos el patrón de BO con atrapamiento aéreo; con posterior desarrollo de un patrón tomográfico y anatomopatológico compatible con DIP. Ambas patologías tuvieron resolución clínica, funcional y tomográfica con el cese del tabaquismo y de la exposición laboral.