Neumonía lipoidea exógena. Presentación de un nuevo caso

P. ALAMINOS GARCÍA, A. COLODRO RUIZ, M. J. MENDUIÑA GUILLÉN,
F. BÁÑEZ SÁNCHEZ, G. PÉREZ CHICA

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén

EXOGENOUS LIPOID PNEUMONIA. PRESENTATION OF A NEW CASE

RESUMEN

La neumonía lipoidea exógena es una entidad poco frecuente, secundaria a la aspiración continuada de lípidos exógenos. Su forma de presentación crónica es la más habitual, pero también se puede observar de forma aguda en casos de aspiraciones masivas accidentales de material lipídico.

Presentamos un caso clínico de neumonía lipoidea crónica secundaria a la aspiración continuada de "gotas nasales".

PALABRAS CLAVE: Neumonía lipoidea. Parafina. Pulverizaciones oleosas.

ABSTRACT

Exogenous lipid pneumonia is a rare disease, secondary to continued aspiration of exogenous lipid. Usually is a chronic disease, but also an acute form can be produced by massive accidental aspirations of lipidic material.

We present a case of chronic lipid pneumonia secondary to the continued aspiration of "nasal drops".

KEY WORDS: Lipoid pneumonia. Paraffins. Oily sprays.

Alaminos García P, Colodro Ruiz A, Mendiña Guillén MJ, Báñez Sánchez F, Pérez Chica G. Neumonía lipoidea exógena. Presentación de un nuevo caso. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 283-284.

INTRODUCCIÓN

La neumonía lipoidea exógena es una entidad clínica poco frecuente que se produce como resultado de la inhalación continuada de materiales grasos (1). Su diagnóstico a menudo, se dificulta en gran medida por el desconocimiento del antecedente de exposición a dichos materiales grasos en ausencia de un interrogatorio dirigido, por la sintomatología que a menudo está ausente o es inespecífica, por el aspecto radiológico variable que dicha entidad clínica puede mostrar y por la posibilidad de que los cambios citológicos provocados por la grasa se confundan con los de un proceso neoplásico (2). A continuación, presentamos un caso de neumonía lipoidea por aspiración crónica de "gotas nasales".

CASO APORTADO

Varón de 45 años de edad con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, psoriasis cutánea, neumonía basal derecha hacía 6 meses y septorinoplastia hacía 5 años por desviación del tabique nasal. Desde la referida intervención aquejaba sequedad nasal

continua, motivo por el cual usaba a diario gotas oleosas nasales. Es remitido desde atención primaria a la consulta de Medicina Interna por tos seca persistente de 3 meses de evolución. En la exploración física tan sólo destacaba una disminución del murmullo vesicular en la base derecha con subcrepitanes a dicho nivel. Las pruebas de función pulmonar mostraban un patrón restrictivo moderado. En la radiografía de tórax llamaba la atención un aumento de densidad en base pulmonar derecha compatible con patrón alveolar de evolución crónica. En la tomografía computerizada torácica se apreciaba una pequeña imagen de condensación en lóbulo superior derecho, a la altura de la carina y una imagen de condensación en fosa posterior derecha con broncograma aéreo, ambas imágenes compatibles con lesiones inflamatorias. Ante los hallazgos descritos, se decide realizar una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) transtorácica de una de las zonas de condensación más accesibles, que resulta negativa por la obtención de muestra insuficiente, por lo que se recurre a la realización de una fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial. El examen anatomopatológico de las muestras (de la biopsia transbronquial) informa de la presencia de macrófagos con vacuolas lipídicas intracitoplasmáticas. Todas las técnicas de investigación microbiológicas resultaron negativas. Se procedió a la retirada de las "gotas nasales". A los 6 meses el paciente se encontraba clínicamente mejor, aunque la radiografía de control era similar a las previas. Se

Trabajo aceptado: 14 de enero de 2005

Correspondencia: Pilar Alaminos García. Avda. de los Mártires, 1, Urbanización "El Caracolar", 1º D. 18170 Alfacer (Granada). e-mail: mendiña@terra.es

decidió iniciar tratamiento con glucocorticoides orales (prednisona) a dosis de 1,5 mg/kg/día durante 12 semanas, con descenso progresivo, hasta una dosis de mantenimiento de 0,2 mg/kg/día. Al año, se observó una importante mejoría radiológica e incluso las pruebas funcionales mejoraron ostensiblemente.

DISCUSIÓN

La neumonía lipoidea fue descrita por primera vez por Laughlen, en 1925 (3). Puede ser exógena o endógena. La exógena resulta, en la mayoría de los casos, de la aspiración o inhalación del aceite mineral contenido en laxantes, pulverizaciones o gotas nasales (4). También existe relación con la aplicación de lubricantes en las fosas nasales o en la orofaringe y la utilización de brillo de labios o de aceite de oliva como lavado nocturno de la boca para evitar la caries (2). Menos frecuente es su aparición como consecuencia de una exposición laboral continuada, aunque se ha descrito en trabajadores que están en contacto con pulverizaciones, vapores de aceite y querosenos (1). El tiempo medio de exposición necesario para causar la enfermedad es de, aproximadamente 9,5 años (5). La neumonía endógena se desarrolla cuando los lípidos del tejido pulmonar escapan de los alveolos destruidos distales a una obstrucción, por un proceso neoplásico o supurativo crónico. Con menor frecuencia aparece asociada a proteinosis alveolar, embolismo graso o alteraciones del depósito lipídico (6).

La forma clásica de presentación de la neumonía lipoidea es como un proceso infiltrativo crónico, pero también puede manifestarse de forma aguda, debido a una aspiración masiva de lubricantes oleosos o de aceite de parafina como se ha descrito en los llamados "comedores de fuego" (7).

Las manifestaciones clínicas de la forma crónica son bastante inespecíficas, incluso puede cursar de forma asintomática. Los síntomas más frecuentes son la fiebre, la disnea y la tos no productiva. La exploración física generalmente es normal, aunque pueden hallarse en la auscultación: crepitantes,

sibilancias o roncus. En la analítica sanguínea puede haber leucocitosis con predominio de neutrófilos y aumento de la velocidad de sedimentación globular. En la exploración funcional respiratoria suele apreciarse un patrón restrictivo, aunque en los pacientes fumadores predomina un patrón obstructivo o mixto (8-10). La radiología también suele ser anodina. Con mayor frecuencia puede observarse una consolidación alveolar, patrón de vidrio deslustrado o afección intersticial. Y menos comunes son la presencia de nódulos, consolidación pseudotumoral, adenopatías mediastínicas, secuestro pulmonar o derrame pleural. Las lesiones suelen detectarse en las zonas más declives, generalmente en las regiones posteriores de los lóbulos inferiores (1,5,11). La tomografía computerizada (TC) torácica permite detectar imágenes de densidad grasa intraparenquimatosas (12) que pueden variar de distribución por los cambios posturales (13). Según parece la resonancia magnética nuclear, a diferencia de la TC, no proporciona imágenes específicas (7), por lo que su utilidad diagnóstica en esta patología es escasa. El diagnóstico de certeza exige la demostración de macrófagos cargados de lípidos (lipófagos) en esputo, lavado broncoalveolar, punción-aspiración transtorácica con aguja fina, biopsia transbronquial o biopsia pulmonar (2). El aspecto terapéutico se limita a evitar la exposición al factor etiológico y a tratar específicamente las complicaciones cuando éstas aparezcan. Generalmente se utilizan antibióticos de amplio espectro asociados o no a glucocorticoides sistémicos, aunque estos últimos pueden incrementar el riesgo de infección bacteriana secundaria (7); por ello, se recomiendan fundamentalmente en los casos de aspiración masiva (14). La cirugía es de elección si se admite la rara posibilidad de desarrollo de carcinoma broncoalveolar en zonas previas de neumonía lipoidea (16). Las complicaciones suelen aparecer en los casos de exposición prolongada; entre ellas se han descrito: la insuficiencia respiratoria crónica, las infecciones respiratorias frecuentes y la hipercalcemia (15). En caso de reinfecciones repetidas puede requerirse cirugía de los nódulos o masas cavitadas (9,10).

Bibliografía

1. Abad Fernández A, Miguel Díez J, López Vime R, Gómez Santos D, Nájera Botello L, Jara Chinarro B. Neumonía lipoidea en relación con exposición laboral a pinturas. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 133-5.
2. Bernabeu Mora R, Méndez Martínez P, Abellán Martínez MC, Polo García LA, Lorenzo Cruz M, Sánchez Gascón F. Neumonía lipoidea aguda debida a la aspiración accidental de vaselina utilizada en un sondaje nasogástrico. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 485-7.
3. Laughlen GF. Studies on pneumonia following nasopharyngeal injections of oil. *Am J Path* 1925; 1: 407-11.
4. Heckers H, Melcher FW, Dittmar K, Knorpp K, Nekarda K. Long-term course of mineral oil pneumonia. *Lung* 1978; 155: 101-9.
5. Goudonin A, Manzoni P, Raufaning E, Brun J, Cadrabel J, Sadoun D, et al. Exogenous lipid pneumonia: a retrospective multicentre study of 44 cases in France. *Eur Respir J* 1996; 9: 1463-1469.
6. Laurent F, Phillipe JC, Vergier B, Granger-Vernon B, Darpeix B, Vergeret J, et al. Exogenous lipid pneumonia: HRCT, MR, and pathologic findings. *Eur Radiol* 1999; 9: 1190-6.
7. Lores L, Ribas J, Ruiz J, Cuxart A, Frigola A, Morera J. Neumonía lipoidea aguda. Presentación de dos casos. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 747-8.
8. Segev D, Szold O, Fireman E, Kluger Y, Sorkine P. Kerosene-induced severe acute respiratory failure in near drowning: reports on four cases and review of the literature. *Crit Care Med* 1999; 27: 1437-40.
9. Studer SM, Terry PB. Images in clinical medicine. Bronchial cast. *N Engl J Med* 2002; 346: 981.
10. Tranovich VL, Buesching WJ, Becker WJ. Pathologic quiz case. Chronic pneumonia after gastrectomy. Pathologic diagnosis: chronic aspiration lipid pneumonia with Mycobacterium abscessus. *Arch Pathol Lab Med* 2001; 125: 976-8.
11. Ikehara K, Suzuki M, Tsuburai T, Tshigatsubo Y. Lipoid pneumonia. *Lancet* 2002; 359: 1300.
12. Wheeler PS, Stitik FP, Hutchins GM, Klinefelter HF, Siegelman SS. Diagnosis of lipid pneumonia by computed tomography. *JAMA* 1981; 245: 65-6.
13. Van der Plas O, Trigaux JP, Van Beers B, Delanois L, Sibille Y. Gravity-dependent infiltrates in a patient with lipid pneumonia. *Chest* 1990; 98: 1253-4.
14. Ayvazian LF, Steward DS, Menkel CG, Frederick W. Diffuse lipid pneumonitis successfully treated with prednisone. *Am J Med* 1967; 43: 930-4.
15. Porcar Ramells C, Clemente González C, Rubio Goday M. Neumonía lipoidea aguda: presentación de un nuevo caso. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 426.
16. Felson B, Ralaisomay G. Carcinoma of the lung complicating lipid pneumonia. *AJR* 1983; 141: 901-7.