

Alveolitis alérgica extrínseca en una niña de 5 años

J. SÁNCHEZ MARTÍN*, J. RODRIGO PALACIOS*, J. G. GARCÍA-PARDO*, C. GARCÍA FARIA*,
G. GARCÍA NIETO*, C. ARNEMAN REYES* y L. CARRETERO ALBIÑANA**

RESUMEN: Se presenta un caso de una niña de 5 años, afecta de un síndrome de disnea progresiva, pérdida de peso, anorexia y cianosis marcada. La radiografía de tórax muestra un patrón compatible con una neumonitis intersticial. Los estudios inmunológicos, epidemiológicos e histopatológicos orientan hacia una alveolitis extrínseca a antígenos de paloma. La respuesta al aislamiento y a la corticoterapia ha sido rápida y completa. PALABRAS CLAVE: ALVEOLITIS EXTRÍNSECA. ANTÍGENOS DE PALOMA.

EXTRINSEEC ALLERGIC ALVEOLITIS IN A 5 YEARS OLD GIRL. (SUMMARY): We present a girl (5 years) with a progressive distress syndrome, loss weight, anorexia and severe cyanosis. Torax X-ray show alveolar pattern compatible with interstitial pneumonitis. The immunologic, epidemiologic and histopathologic studies conduce to the diagnosis of extrinsec allergic alveolitis to the pigeon antigens. The cessation of contact with pigeon antigens and corticotherapy have been succesful. KEY WORDS: EXTRINSEEC ALLERGIC ALVEOLITIS. PIGEON ANTIGENS.

INTRODUCCIÓN

La patología pulmonar intersticial crónica es poco frecuente en la edad infantil. Han sido identificados más de un centenar de agentes ambientales como causa de neumonitis o alveolitis extrínsecas, sin embargo más de la mitad de los casos se consideran como neumopatías idiopáticas.

El pronóstico de las formas idiopáticas es sombrío (1), a pesar del uso de los inmunosupresores y de la corticoterapia, con respuestas muy variables. Las formas de neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis extrínsecas pueden evolucionar muy bien si su diagnóstico se realiza precozmente y se suprime el agente que las pro-

duce. Suelen tratarse de alveolitis alérgicas por hipersensibilidad a antígenos inhalados, con respuesta inmunológica muy compleja, tanto humoral como celular, prototipo de las cuales es la enfermedad del criador de aves (periquitos, palomas).

Aunque las alveolitis extrínsecas son más frecuentes en los adultos y en los niños mayores (2), el caso que presentamos corresponde a una niña de 5 años portadora de una alveolitis por antígenos de paloma.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años que ingresa en el Servicio por presentar desde hace 15 días dis-

* Servicio de Pediatría.

** Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Yagüe de Burgos.

nea con el ejercicio moderado, fatigabilidad precoz, tos seca febrícula, así como desde hace 7 días anorexia, astenia, pérdida de peso y epigastralgias.

Antecedentes personales: Ingreso hospitalario a los 2 años por convulsión febril de larga duración, varicela hace 6 meses.

Antecedentes familiares: Dos abuelos diagnosticados de tuberculosis pulmonar, ambos tratados y dados de alta.

Exploración física al ingreso: Regular estado general. Cianosis labial y acra. Hábito asténico. Deficiente nutrición. Taquipnea de 50-60 resp./m. A.P. murmullo vesicular disminuido. A.C. taquicardia, tonos puros y rítmicos. Peso: 15,800 Kg. Talla: 110 cm. T.A.: 90/65. Temperatura 36,7°C.

Exámenes complementarios: S. de sangre: 16.900 leucocitos (s. 67, 1.27, m. 4), serie roja y plaquetas normales.

Glucosa, urea, sodio, potasio: Normales.

Gasometría arterial: PH 7,40; PCO₂ 39; PO 250; sat O₂ 86 %.

R.X. de tórax: Patrón alveolar bilateral y extenso, sin cardiomegalia (Fig. 1).

En este momento se plantean diagnósticos diferenciales diversos, neumonía atípica, tuberculosis pulmonar, proteinosis alveolar, neumonía intersticial.

Evolución: A pesar de la oxigenoterapia y de las medidas de apoyo, se instaura una terapia antituberculosa, dado el ambiente familiar de la paciente, persistiendo la situación clínica con pocos cambios. La radiología no mejora la situación clínica es similar al ingreso. Se reciben nuevos datos analíticos: Perfil general normal; Proteinograma: Incremento de la fracción gamma; P.C.R., ASLO y V.S.G.: Normales.

Cultivos centrales y periféricos negativos, incluidos hongos.

Serología a Mycoplasma y virus (influenzae, VSR, adenovirus, citomegalovirus): Negativa. Legionella, grupo psitacosis y fiebre Q: Negativos. Ecografía cardíaca normal. Test de hiperoxia: Importante defecto de difusión (Fig. 2). Insistiendo en recogida de datos epidemioló-

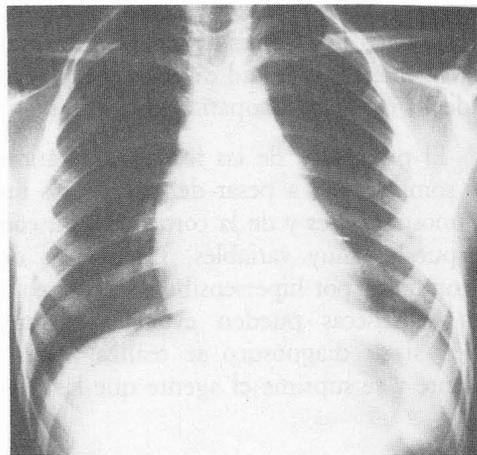
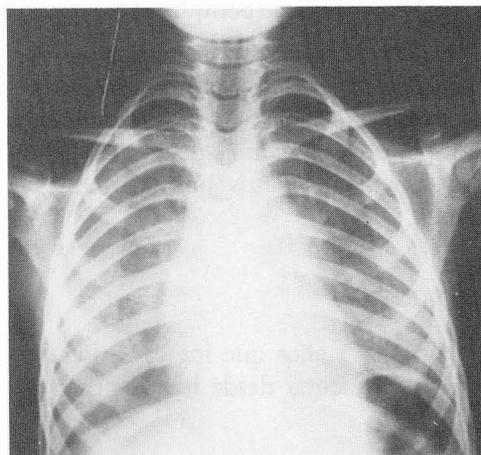


FIG. 1. Aspecto radiográfico al ingreso y al alta

gicos, se descubre contacto en el domicilio con una paloma y algún canario.

dyecciones de paloma y resultan negativas a las de canario y periquitos.

TEST DE HIPEROXIA

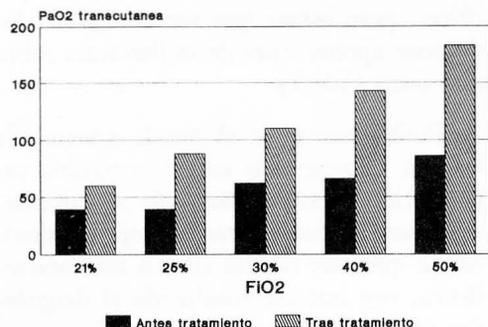


FIG. 2. Test de Hiperoxia, al inicio y después del tratamiento.

Dada la evolución progresiva, se decide iniciar una corticoterapia y biopsia pulmonar a las 24 horas de iniciada aquella. La intervención cursa sin incidencias y desde ese día la evolución es claramente favorable, con desaparición de los episodios de disnea y cianosis, mejoría del patrón radiológico muy rápidamente.

Nuevos test de hiperoxia, demuestra la mejora de la difusión de la gasometría, como se puede ver en la gráfica.

Informe anatomopatológico: Cuña pulmonar periférica de $1 \times 0,5 \times 0,3$ cm. de eje mayor, que histológicamente se caracteriza por imagen de neumonitis intersticial con extensos infiltrados inflamatorios linfohistiocíticos de distribución difusa; el epitelio alveolar es cúbico simple (neumocitos tipo II hiperplásicos) y los espacios aéreos están ocupados por elementos aislados de aspecto histiocitario, que en ocasiones forman acúmulos polipoideos laxos (bronquiolitis obliterante). Fig. 3.

Informe alergológico: Se notifica el hallazgo de precipitinas positivas frente a

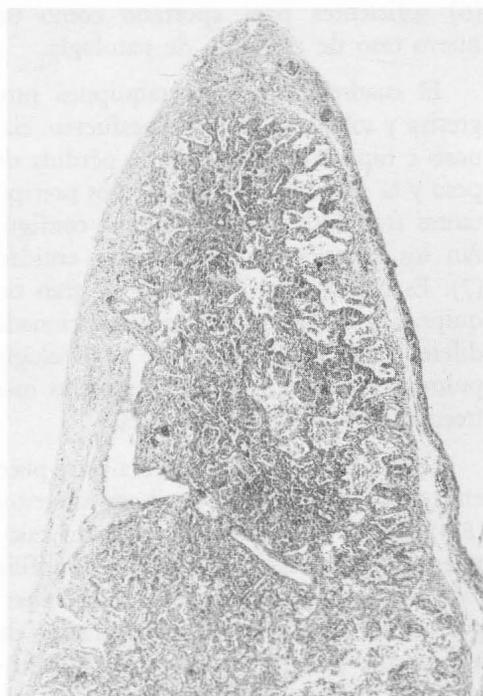


FIG. 3. Denso infiltrado inflamatorio mononuclear intersticial y acúmulos polipoideos laxos intra alveolares. (Hematoxilina-Eosina)

La enferma fue dada de alta a los 20 días de su ingreso, en perfecto estado general y normalidad de las imágenes radiológicas. Fig. 1.

DISCUSIÓN

Existen pocas aportaciones sobre alveolitis extrínsecas al antígeno de paloma en la edad pediátrica por debajo de los 10 años. Resulta obligado comentar el caso de GONZÁLEZ AZPEITIA y colaboradores (3) en nuestro País, y el caso de WOLF y colaboradores (2) en la literatura america-

na, en niños de 9 años y de 3 años respectivamente.

Nuestra paciente consideramos que reúne los criterios clínicos, epidemiológicos (4), radiológicos (5) e inmunológicos (6) suficientes para aportarlo como un nuevo caso de este tipo de patología.

El cuadro clínico con taquipnea progresiva y solapada, disnea de esfuerzo, cianosis e hipocratismo digital, la pérdida de peso y la detección de anticuerpos precipitantes frente al suero de paloma configuran los criterios clínicos de esta entidad (7). Es necesario recordar que la gran taquipnea y la hipoxemia desproporcionada diferencian a esta entidad de la patología pulmonar obstructiva que es mucho más frecuente en la edad pediátrica.

La analítica rutinaria orienta muy poco en todos los casos hasta ahora descritos (8-9), como ha ocurrido en nuestro caso, pues es casi constante la falta de eosinofilia y de hipergammaglobulinemia. Sin embargo, los test cutáneos y la demostración de anticuerpos precipitantes frente a los antígenos de paloma, junto a una clínica concordante, constituyen una prueba suficiente para apoyar el diagnóstico. No se ha podido realizar el test de provocación.

Anatómicamente destaca un abundante infiltrado linfoplasmocitario de predo-

minio peribronquial, con espacios alveolares ocupados por histiocitos microvacuolados y alguna célula gigante multinucleada, el revestimiento de los espacios alveolares por neumocitos tipo II hiperplásicos completa el cuadro, estos datos sin inespecíficos, pero vemos que son similares a los de otras aportaciones de la literatura sobre este tema (10-11).

Posiblemente, si el estado general de la niña hubiese sido mejor, y nuestra experiencia en estos temas más actualizada, se hubiese podido evitar la biopsia pulmonar, a que este cuadro clínico tan característico, nos hubiese conducido al diagnóstico precoz y a la terapéutica relativamente sencilla y agradecida de la gran mayoría de estos pacientes.

La separación de la fuente de antígenos y una corta tanda de corticoterapia, ha sido suficiente para la curación completa de esta enfermedad tan dramática, evitando la progresión hacia la fibrosis pulmonar.

Destacar finalmente que no siempre el aislamiento simple de estos enfermos resuelve el problema, pues en los estadios avanzados la respuesta inmunológica puede ser determinante de la evolución posterior.

BIBLIOGRAFIA

1. SÁNCHEZ MARTÍN, J.; GARCÍA NIETO, G. y col.: *Neumonía intersticial en la infancia*. Bol. Cast. Ast. Leon. Ped. 1978; 190: 453-461.
2. WOLF, S. J.; WEIMBERGER, M.; SMITH, W.: *Neumonitis intersticial crónica en una niña de tres años por hipersensibilidad a antígenos de paloma*. Pediatrics (Ed. Esp.), 1987; 23: 392.
3. GONZÁLEZ AZPEITIA, G.; ORMAZABAL AGUADO, P.; DE LA CRUZ MORENO, J.; RODRÍGUEZ LUIS, J. C.; DOMENECH MARTÍNEZ, E.: *Alveolitis alérgica extrínseca: A propósito de un caso en edad pediátrica*. An. Esp. Pediatr. 1989; 30: 131-133.
4. GRANT, I. W.; BLYTH, W.; WARDROP, V.; GORDON, R.; PEARSON, J.; MAIR, A.: *Prevalence of farmers lung in Scotland. A pilot Survey*. Br. Med. J. 1972; 1: 150-1534.
5. HARGREAVE, F.; HINSON, K. F.; REID, L.; SIMÓN, G.; MAC CARTHYDS: *The radiological appearances of allergic alveolitis due to bird sen-*

- sivity (bird fanciers lung)*. Clin. Cardiol. 1972; 23: 1-10.
6. EDWARDS, J. M.; BARBORIARK, J. J.; FINK, J. N.: *Antigens in pigeon breeders disease*. Immunology, 1970; 19: 729-734.
 7. FINK, J. M.; SOSMAN, A. J.: *Enfermedades pulmonares alérgicas, no mediadas por IgE*. Clin. Med. Nort. Am. 1974; 157-163.
 8. MORELL, F.; ORRIOL, J. M.; BERNADO, L. L.; BOFILL, J. M.^a: *El pulmón del criador de aves, estudio clínico de 25 casos*. Arch. Bronconeumol. 1985; 21: 109-117.
 9. SELMAN LAMA, L.; CHAPELA MENDOZA; MARTINES CORDERO, E. y col.: *Alveolitis alérgica extrínseca. Retrospectiva y prospectiva*. Arch. Bronconeumol. 1985; 21, 3: 38-45.
 10. HENSLEY, G. T.; GARANCIS, J. C.; CHERAYIL, G. D.; FINK, J. M.: *Lung biopsy of pigeon breeders disease*. Arch. Psth. 1969; 87: 572-579.
 11. COLEMAN, A. and COLBY, T. V.: *Histologic diagnosis os extrinsic allergic alveolitis*. Am. J. Surg. Pathol. 1988; 12: 514-518.

Petición de Separatas:

Dr. J. SÁNCHEZ MARTÍN
Hospital General Yagüe
Servicio de Pediatría
09005 BURGOS