

CARTA CLÍNICA

Hemorragia alveolar difusa inducida por inhalación de vapor de aceite vegetal: a propósito de un caso



Diffuse alveolar hemorrhage induced by inhalation of vegetable oil vapor: A case report

Introducción

La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una enfermedad poco frecuente, grave y potencialmente mortal que puede llegar a ser una emergencia médica. La etiología es muy variada, incluyendo las enfermedades autoinmunes, entre las que destacan las vasculitis, valvulopatías, enfermedades infecciosas o idiopáticas¹. Existen varios estudios en los que se considera que la mayoría de HAD son secundarias a enfermedades inmunológicas, aunque probablemente las causas no inmunológicas estén infradiagnosticadas^{2,3}, siendo importante descartar la posible relación con fármacos y con la inhalación involuntaria o no de tóxicos¹.

La clínica característica consiste en la asociación de hemoptisis, nuevos infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax y anemia, aunque hasta un tercio de los pacientes pueden cursar sin hemoptisis. También pueden aparecer otros síntomas como tos, disnea o fiebre³.

La HAD tiene una gravedad variable, pudiendo presentar una mortalidad de hasta el 20-50% en los casos con mayor afectación³. El tratamiento consiste en controlar la respuesta inflamatoria (corticoides, ciclofosfamida, rituximab) y medidas de soporte⁴.

La relación entre la inhalación de vapor de aceite vegetal y la aparición de una HAD no está descrita en la literatura. Presentamos el caso clínico de una paciente con diagnóstico de HAD por dicha inhalación.

Caso clínico

Paciente de 51 años, fumador y dislipémico sin tratamiento farmacológico, ingresado por tos y expectoración hemoptoica de cinco días de evolución que había ido aumentando progresivamente. Presentaba también sensación férrea en boca, molestias oculares, faríngeas y nasales. En la exploración física destacaron unos crepitantes en base derecha, sin otros datos de interés. La analítica de Urgencias presentaba

únicamente elevación de reactantes de fase aguda y una hemoglobina de 11,7 g/dL. Ante la persistencia de la hemoptisis se solicitó un estudio de autoinmunidad y serologías víricas, siendo ambos negativos y se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax (fig. 1) donde se objetivaron pequeñas y tenues áreas parcheadas con densidad en vidrio deslustrado en el lóbulo superior e inferior derecho sugerentes de hemorragia alveolar. Se completó el estudio mediante una fibrobroncoscopia en la que no se objetivó sangrado activo; se obtuvieron muestras para cultivos y citología que resultaron negativos y se realizó un lavado broncoalveolar (BAL) que mostró la presencia de hemosiderófagos (20-30%), apoyando el diagnóstico de hemorragia alveolar.

Se pautó tratamiento con corticoides y antitusígenos, consiguiendo el cese de la hemoptisis. Tras descartar causas autoinmunes e inflamatorias, se volvió a interrogar al paciente, que trabajaba como fontanero, sin estar expuesto a tóxicos en su día a día; sin embargo, el paciente relató que en los días previos al inicio de la hemoptisis había estado expuesto a vapor de aceite vegetal durante varias horas en su domicilio mientras cocinaba, siendo la causa de su hemorragia alveolar (diagnóstico por exclusión).

El paciente fue seguido en consultas externas de Neumología, sin nuevos episodios de hemoptisis y con la normalización de TC torácico a las pocas semanas, por lo que fue dado de alta.

Discusión

Existen múltiples etiologías desencadenantes de HAD, siendo la intoxicación involuntaria de algunas sustancias una de las causas menos frecuentes¹. En ocasiones no se consigue conocer el agente causal, ya que se trata de un diagnóstico por exclusión³.

La inhalación de varias sustancias químicas, como por ejemplo el anhídrido acético, los hidrocarburos, pirofluidos, algunos pesticidas o el alcohol, se ha relacionado con la aparición de una HAD o neumonías lipoideas^{1,5-7}. Es conocido que el vapor de aceite vegetal inhalado puede causar irritación a nivel alveolar, provocando distintos tipos de neumonitis, como por ejemplo una neumonía lipoidea exógena⁸. Sin embargo, existen muy pocos casos en los que el aceite vegetal haya provocado una HAD, como ocurrió en el paciente presentado.

El paciente descrito presentó la clínica característica de la HAD con hemoptisis, aparición de nuevo infiltrados, en

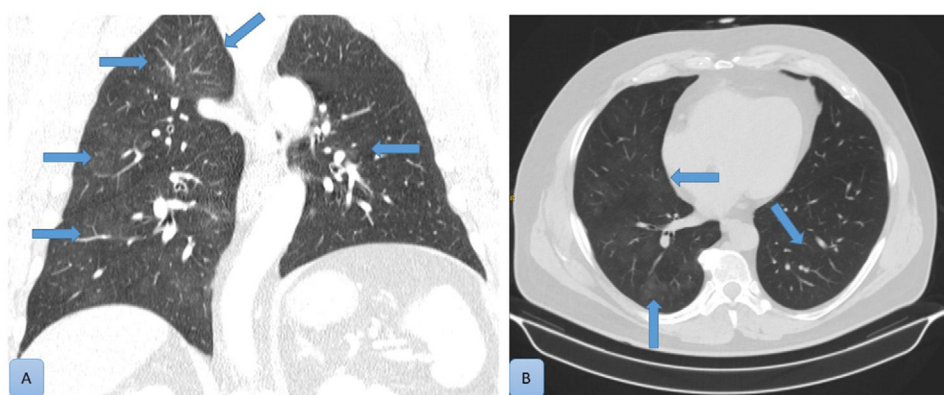


Figura 1 Tenues áreas parcheadas con densidad en vidrio deslustrado, de predominio en el lóbulo superior derecho, sugerentes de hemorragia alveolar.

este caso en el TC torácico, y una leve anemia³. También presentó tos, sin fiebre ni disnea.

El caso expuesto recibió tratamiento con corticoides y antitusígenos, sin ser necesarias otras medidas, ya que se trató de una HAD leve. En casos más graves puede ser necesario el uso de otros fármacos inmunosupresores como la ciclofosfamida o el rituximab y adoptar otras medidas de soporte, como la realización de transfusiones sanguíneas en caso de anemia o el uso de drogas vasoactivas si existe inestabilidad hemodinámica⁴.

Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gámiz-Molina AB, Cabrero-Rodríguez C, Martín-Ripoll L, Callejas-Rubio JL, Valero-González MÁ. Diffuse alveolar hemorrhage induced by inhalation of chemicals: a case report and review of the literature. *Emergencias*. 2021;33:405–6.
 - de Prost N, Parrot A, Cuquemelle E, Picard C, Antoine M, Fleury-Feith J, et al. Diffuse alveolar hemorrhage in immunocompetent patients: etiologies and prognosis revisited. *Respir Med*. 2012 Jul;106:1021–32.
 - Alexandre AT, Vale A, Gomes T. Diffuse alveolar hemorrhage: how relevant is etiology? *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*. 2019;36:47–52.
 - Park JA. Treatment of Diffuse Alveolar Hemorrhage: Controlling Inflammation and Obtaining Rapid and Effective Hemostasis. *Int J Mol Sci*. 2021;22:793.
 - Załęska J, Błaszczyk A, Jakubowska L, Szopiński J, Polaczek M, Grudny J, et al. Fire-eater's lung. *Adv Respir Med*. 2016;84:337–41.
 - Taş Ş, Durum Y, Karaman C. Fire-eater's pneumonia. *Diagn Interv Radiol*. 2015;21:267–8.
 - Dell' Omo M, Murgia N, Chiodi M, Giovenali P, Cecati A, Gambelunghe A. Acute pneumonia in a fire-eater. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2010;23:1289–92.
 - Boutros J, Muzzone M, Benzaquen J, Levraut M, Marquette CH, Rocher F, et al. A case report of exogenous lipid pneumonia associated with avocado/soybean unsaponifiables. *BMC Pulm Med*. 2019;19:234.
- I. Lasiera Lavilla^{a,*}, M.N. Albani Pérez^b, J. Peinado García^c, J.P. Caballero Castro^a y S. Plou Izquierdo^d
- ^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España
- ^b Servicio de Neumología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España
- ^c Servicio de Medicina Interna del Hospital de Manacor, Manacor, España
- ^d Atención Primaria, Centro de Salud de Sarrión, Teruel, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ilasierral@gmail.com (I. Lasiera Lavilla).