

## Neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis extrínseca alérgica

### Hypersensitivity pneumonitis or extrinsic allergic alveolitis

LUZ FERNANDA SUA V., MD., PHDC.<sup>(1)</sup>; LILIANA FERNÁNDEZ T., MD.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Anatomía Patológica y Patología Clínica, Departamento de Patología y Medicina de Laboratorio, Patología pulmonar. Ciencias Biomédicas. Línea de investigación Biomédica en Tórax, Fundación Valle del Lili. Profesora Clínica Auxiliar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi. Cali, Colombia.

<sup>(2)</sup>Medicina Interna, Neumología y Neumología intervencionista. Línea de Investigación Biomédica en Tórax. Fundación Valle del Lili. Profesora Clínica Asociada, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi. Cali, Colombia.

**Correspondencia:** Luz Fernanda Sua, correos electrónicos: [luferr24@hotmail.com](mailto:luferr24@hotmail.com), [lfsva@fcv1.org](mailto:lfsva@fcv1.org)

**Recibido:** 10/08/15. **Aceptado:** 20/08/15.

#### Introducción

La neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis extrínseca alérgica, es un síndrome pulmonar complejo mediado por el sistema inmune con cuadro clínico e historia natural variable (1), que involucra múltiples agentes desencadenantes como polvos de origen agrícola, aerosoles biológicos, microorganismos como hongos, bacterias, protozoos entre otros, a los cuales el paciente está sensibilizado; además de los activadores iniciales que dan origen a la respuesta primaria se supone que hay factores genéticos involucrados pues solo una minoría de los individuos expuestos desarrollan la enfermedad (2). El síndrome puede ser reversible si se hace un diagnóstico temprano y si se trata de un fenómeno agudo, el cual usualmente cede con la suspensión de la exposición sin secuelas. Esto no sucede así en los cuadros subagudos o crónicos en los cuales la exposición de bajo grado pero mantenida causa daño pulmonar fibrótico establecido, con peor pronóstico.

Para el diagnóstico se necesita un alto índice de sospecha, la historia clínica relevante de la exposición, la presencia de anticuerpos precipitantes frente al antígeno agresor, los síntomas respiratorios,

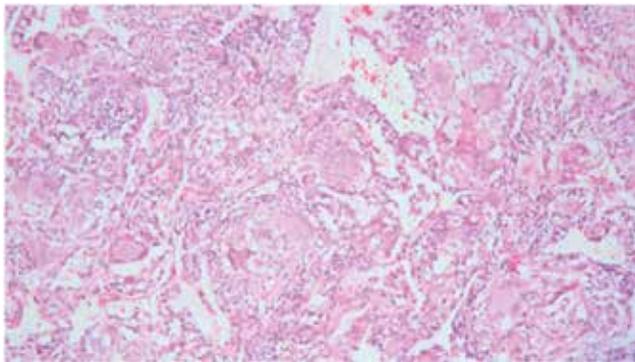
los hallazgos radiológicos, las alteraciones en las pruebas de función pulmonar y las pruebas adicionales en lavado broncoalveolar y biopsia pulmonar si no se confirmado el diagnóstico y se debe hacer el proceso de diagnóstico diferencial completo (3). El pilar principal del tratamiento es la suspensión de la exposición, además de la prescripción de esteroides, los cuales son útiles en el tratamiento de los cuadros agudos y en menor proporción en la enfermedad crónica progresiva, si bien su eficacia a largo plazo no se ha validado (3).

#### Definición patológica

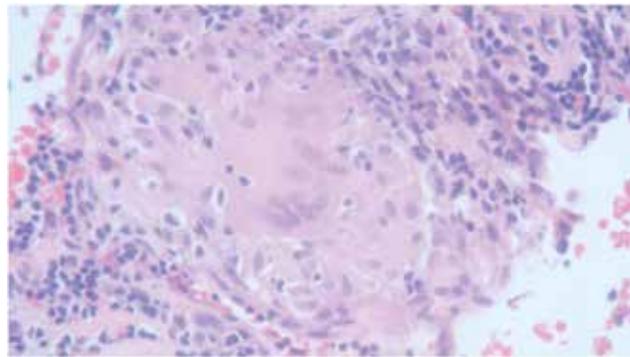
Se ha definido como una enfermedad pulmonar intersticial granulomatosa difusa ocasionada por la inhalación de un variable número de partículas antigénicas, como microorganismos, proteínas animales o químicos de bajo peso molecular. Se conoce también como “pulmón del granjero” y es poco frecuente en pacientes fumadores (4, 5).

#### Etiología

Se asocia a microorganismos como *Actinomyces thermophilic* o *Mycobacterias* no tuberculosas, y a la exposición a proteínas animales o a químicos de bajo peso molecular como los isocianatos.



**Figura 1.** Coloración de H&E, 4x. Tríada histológica característica de la neumonitis por hipersensibilidad aguda. Coloración de H&E, 4x.



**Figura 2.** Coloración de H&E, 40x. Granulomas sin presencia de necrosis. Coloración de H&E, 40x.

### Descripción macroscópica

No existe una característica macroscópica en la biopsia transbronquial o cuña pulmonar que permita sospechar la patología.

### Descripción microscópica

Existe la clásica tríada histológica que corresponde a bronquiolitis celular, infiltrado intersticial linfocítico y granulomas pobremente formados y organizados, sin evidencia de necrosis. En los casos agudos pueden observarse neutrófilos en los bronquiolos y alveolos (figura 1). En los casos subagudos se evidencia bronquiolitis celular y neumonitis linfocítica intersticial bronquiolocéntrica, mientras que en los casos crónicos, se hallan, desde el punto de vista histológico, varios patrones morfológicos fibróticos, entre ellos el patrón de neumonía intersticial no específica (NSIP) en un 50%, el de neumonía intersticial usual (NIU) en un 40% y el de neumonía organizada criptogénica (NO) en el 10%.

### Coloración de histoquímica

En estos casos se realiza coloración de BK y pentacrómico de Movat, el cual permite la identificación de Mycobacterias atípicas y la observación de patrones intersticiales fibrosos, especialmente en estadios crónicos.

### Puntos clave

- Los diagnósticos diferenciales a considerar son: fibrosis pulmonar idiopática, neumonía intersticial no específica, bronquiolitis respiratoria e histiocitosis pulmonar de células de Langerhans.
- Tríada clásica histológica: bronquiolitis celular, infiltrado intersticial linfocítico y granulomas no necrotizantes (figura 2).
- Datos clínicos: el 95% de los pacientes son no fumadores y presentan síntomas clínicos no específicos.
- El tratamiento consiste en eliminar el alérgeno y prescribir corticoesteroides.

### Bibliografía

1. Mohr LC. Hypersensitivity pneumonitis. *Curr Opin Pulm Med.* 2004;10(5):401.
2. Spagnolo P, Richeldi L, du Bois RM. Environmental triggers and susceptibility factors in idiopathic granulomatous diseases. *Semin Respir Crit Care Med.* 2008;29:610-9.
3. Spagnolo P, Rossi G, Cavazza A, Bonifazi M, Paladini I, Bonella F, et al. Hypersensitivity pneumonitis: a comprehensive review. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2015;25(4):237-50.
4. Hirschmann JV, et al. Hypersensitivity pneumonitis: a historical, clinical and radiologic review. *Radiographics.* 2009;29(7):1921-38.
5. Sirajuddin A, et al. Occupational lung disease. *J Thorac Imaging.* 2009;24(4):310-20.