**Neumonitis por hipersensibilidad asociada a un Ambientador o Difusor automático de aerosoles aromáticos.**

**Autores: Garcia M. Alba; Fernández De Septien Carmen; Alonso Mallo Enrique.**

**Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Palencia.**

**Caso clínico:** Mujer de 76 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con Antecedentes: de trombosis venosa retiniana, hipoacusia bilateral, dislipemia, hiperuricemia, síndrome ansioso-depresivo y síndrome metabólico, en tratamiento con Pantoprazol 40 mg 1/12 h, Trankimazin 0,5mg: 1/24 h, Paracetamol 1000 mg: 1/12 h, Clopidogrel 75 mg 1/24 h, Lisinopril 5 mg: 1/12 h, Vytorin 10/20mg: 1/24 h. Sin antecedentes de exposición a tóxicos.

Ingresa en el servicio de Neumología en marzo de 2018, por episodio de fiebre, disnea de mínimos esfuerzos, astenia intensa, y tirantez retroesternal de aparición brusca, sin ningún desencadenante aparente. Había sido dada de alta as 72 horas previas con el diagnostico de Sepsis de origen respiratorio. La paciente había ingresado en tres ocasiones anteriores en los últimos 4 meses con la misma sintomatología que motiva el ingreso actual, catalogada en las ocasiones previas como infección respiratoria aguda. En 2 de los ingresos previos con datos analíticos de leucocitosis, neutrofilia y elevación de PCR. Sin hallazgos en radiología simple llamativos. Que en cada episodio al momento del alta se encontraba asintomática tras las distintas terapias antibióticas instauradas (Ceftriaxona, Levofloxacino + amoxicilina/acido clavulanico y piperazilina-tazobactam), y se asoció corticoterapia con prednisona en el último ingreso)

La paciente no presentaba datos epidemiológicos de interés (no viajes recientes, no contacto con animales, vive en medio urbano) En el ingreso actual, ante la sospecha de (NPH) se suspende antibiótico pautado desde Urgencias, y se mantiene únicamente con su medicación habitual, manteniéndose asintomática y con marcada mejoría de los parámetros analíticos en el control a las 24 horas con disminución de la leucocitosis y la neutrofilia. Se reinterroga sobre el uso de humidificadores, edredones de plumas, o algún elemento instaurado nuevo en su domicilio. La paciente refiere haber adquirido un ambientador-difusor en un centro comercial la semana previa del primer ingreso.

En la exploración física **destacaba** en la **auscultación pulmonar** Murmullo vesicular audible con crepitantes en campos inferiores de predominio derecho, una SatO2: 89 % basal Tª: 37,9ºC sin otros hallazgos llamativos en la exploración física. En el hemograma mostro Leucocitos: 19.8 x10`9/l, Neutrófilos 91 %, con PCR de 3.4 mg/l. la **Gasometría arterial basal al ingreso** (PO2 52 mmHg)**,** con el resto de parámetros normales. Cultivos de esputo y BK negativos. En **RX tórax:** infiltrados tenues bilaterales en campos medios. Se revisa **TCAR** solicitado en el último ingreso,donde se observa Afectación micronodular de aspecto centroacinar limitada a los lóbulos superiores, Ectasia de ramas bronquiales periféricas en ambos lóbulos inferiores, sugerentes de pequeñas bronquiectasias cilíndricas, vidrio deslustrado en localización periférica subpleural la língula y en la parte posterior de ambos lóbulos inferiores. Mínima reticula subpleural en algún foco y engrosamiento aislado de algún septo interlobulillar, Áreas de hipoatenuación con distribución subsegmentaria o lobulillar, El estudio de función pulmonar mostro una leve alteración de la difusión (DLCO 63%) y una curva Flujo volumen con valores dentro de la normalidad.

En vista del cuadro clínico expuesto y ante la sospecha de NPH realizamos **Broncoscopia** en la cual no se hallaron alteraciones patológicas. Y Se realiza **lavado broncoalveaolar** en língula con resultados de: 238 células/microlitro (linfocitos 53%, PMN 36%). Se solicitan niveles de IgG especifica contra A. tenuis, A. fumigatus, A nger, y Penicillinium notatum resultando negativos. Y precicipitinas séricas para A. fumigatus, Alteranria alternata, A. niger y Micropolyspora Faeni,resultandopositiva a esta última. (M. faeni)

En vista de la marcada mejoría y de que se encontraba asintomática, es dada de alta, con la indicación de retirar el difusor del hogar. Dada la alteración de la difusión se indica tratamiento con corticoides sistémicos que la paciente rechaza. Es revisada en consulta a las 3 semanas, no presentando ninguna sintomatología desde el punto de vista respiratorio, manteniendo alteración de la difusión en grado leve.(DLCo70%)

**Discusión:** Describimos el caso de un paciente con NH asociado a un ambientador/difusor, producto comercial de uso común. En el cual el cuadro clínico que presentaba, así como los hallazgos radiológicos, el LBA y la evidencia de resolución espontanea tras el cese de la exposición al agente causal, son compatibles con dicha patología. La dificultad diagnostica de esta entidad viene dada por tres aspectos: el primero es la similitud clínica con un proceso infeccioso respiratorio, el segundo, es que es preciso sospecharlo ya que no hay ningún dato en las pruebas complementarias que se solicitan habitualmente que nos dé el diagnostico de certeza; y el tercero y último es que una vez dirigida la anamnesis puede ser muy complicado identificar el agente causante, por lo que habitualmente el paciente precisa de varios ingresos previos antes de llegar al diagnóstico etiológico del proceso, tal y como sucedió con la paciente protagonista del caso clínico que se presenta.

Creemos en la relevancia de esta aportación, ya que el uso de estos dispositivos es cada vez más frecuente en nuestro medio. Y es un agente etiológico que no se encuentra incluido en las guías clínicas actuales como factor desencadenante de NH, aunque sí es conocido en relación al uso de humidificadores y aires acondicionados. Hecho de gran relevancia clínica ya que ante la sospecha de esta patología debemos incluirlo como posible desencadenante, ya que el retraso del diagnóstico de NH nos puede conducir a la progresión de una NH aguda o inflamatoria a una NH crónica o fibrótica. (1) (4)

**Bibliografía:**

1. Neumonitis por hipersensibilidad (alveolitis alérgica extrínseca). Anales Sis San Navarra vol.28  supl.1 Pamplona  2005, P. Cebollero1, S. Echechipía2, A. Echegoyen3, M. P. Lorente4, P. Fanlo
2. Neumonitis por hipersensibilidad en relación amadera de densidad media Arch Bronconeumol. 2012;48(1):29–31, Ramón Toribioa , María Jesús Cruz a,b,∗ , Ferran Morell a,b y Xavier Munoz a,
3. Alveolitis alérgica extrínseca: forma de presentación inicial como fiebre de origen desconocido, Semergen. 2012;38(7):456-459, Á. Pena˜ Irúna,∗ , M. García Pérez b y A. González Santamaríac.
4. Hypersensitivity Pneumonitis, www.ncbi.nlm.nih.gov/books// Deepak Chandra; Sujith V. Last Update: April 29, 2018. 1 Uni of Nebraska Medical Center 2 U T Health- McGovern Medical School
5. Bourke SJ, Dalphin JC, Boyd G, McSharry C, Bladwin CI, Calvert JE. Hypersensitivity pneumonitis: current concepts. Eur Respir J: The European Respiratory Journal [Internet]. Suppl. 2001 [cited 2014 dec 22];32:81s-92s. Available from: http://goo. gl/zrj3R



