

Valoración diagnóstica de la neumonitis por exposición a polvo de cemento

José Luis Sandoval-Gutiérrez,^a Selene Guerrero-Zúñiga^a

^aDepartamento de Áreas Críticas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ciudad de México, México

Comunicación con: José Luis Sandoval Gutiérrez
Correo electrónico: sandovalgutierrez@gmail.com

En su artículo “Cement dust exposition and bronchioalveolitis. A case report”, el doctor Soto de la Fuente *et al.* presentan un caso interesante de exposición accidental a una gran cantidad de cemento, lo cual provoca bronquiolitis en un sujeto previamente sano desde el punto de vista pulmonar.¹

Como se señala en el artículo, no existe literatura abundante de este tópico, pese a lo frecuente de la exposición y el subregistro existente.

El paciente mostró datos clínicos en piel y vía aérea; por gabinete se observan alteraciones radiológicas y se comentan los resultados de la espirometría.

Para el estudio de una neumonitis intersticial es necesaria la realización de pulsioximetría, gasometría y las placas de tórax convencionales; posteriormente, la tomografía axial computarizada de alta resolución se complementa con lavado bronquioalveolar por fibrobroncoscopia y su correspondiente toma de biopsia.²⁻⁴

Una enfermedad restrictiva es aquella en la que la capacidad de expansión pulmonar está reducida, pero esto no necesariamente afecta la vía aérea. Generalmente se observa en la exposición a polvos inorgánicos o orgánicos.

El volumen espiratorio forzado al primer segundo (FEV1, por sus siglas en inglés) y la capacidad vital forzada (FCV) se deben encontrar bajos según los predichos (< 100%) y la relación entre los mismos (FEV1/FCV) debe ser normal, para ser considerado patrón restrictivo.

Los gráficos de las espirometrías a los 15 y 50 días del accidente muestran un patrón que se consideraría normal según las guías del NIOSH (National Institute For Occupational Safety And Health).⁵ Desafortunadamente no tenemos estudio de espirometría dentro de las 24 horas de ocurrido el evento; ese estudio seguramente mostraría el patrón restrictivo señalado.

Desgraciadamente en nuestro país aún existen barreras geográficas y limitaciones económicas que provocan que el paciente no cuente con todos los estudios señalados en las guías internacionales para el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico, así como la revisión oportuna por un médico especialista, como en este caso, en el que se contempla al médico internista y a un neumólogo.

Es relevante señalar que el interés mostrado por sus médicos de cabecera de iniciar el tratamiento de esteroides orales e inhalados además de beta agonista de acción intermedia permitió tener una feliz resolución a este problema laboral.

Referencias

1. Soto-de la Fuente AE, Méndez-Vargas MM, Báez-Revuelta FB, Soto-Vera EA. Cement dust exposition and bronchioalveolitis. A case report. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(3):386-91.
2. Wallis A, Spinks K. The diagnosis and management of interstitial lung diseases. BMJ. 2015;350:h2072. doi: 10.1136/bmj.h2072
3. Behr J. Approach to the diagnosis of interstitial lung disease. Clin Chest Med. 2012;33(1):1-10.
4. Alhamad EH, Cosgrove GP. Interstitial lung disease: the initial approach. Med Clin North Am. 2011;95(6):1071-93.
5. Centers for Disease Control and Prevention/The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). NIOSH Spirometry Training Guide. DHHS (NIOSH) Publication Number 2004-154c. Disponible en <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-154c/pdfs/2004-154c.pdf>