



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Marihuana como desencadenante de neumonitis en adolescentes[☆]



Marijuana as a trigger for pneumonitis in adolescents

Rebeca López Gómez*, Ana Itziar Ladrón de Guevara y Genoveva del Río Camacho

Sección de Neumología Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Disponible en Internet el 13 de febrero de 2023

Se describe el caso de un adolescente de 17 años que ingresa por insuficiencia respiratoria aguda grave junto con hipoxemia. Durante su estancia se realizaron numerosas pruebas complementarias siendo los hallazgos en la tomografía computarizada pulmonar imprescindibles para el diagnóstico; en ella se aprecian micronódulos en vidrio deslustrado con patrón de árbol en brote de distribución difusa¹ (fig. 1).

Con dicha descripción, la primera posibilidad diagnóstica es una neumonitis aguda de causa infecciosa, autoinmune o inflamatoria; las 2 primeras posibilidades fueron descartadas ampliamente y para el diagnóstico de la tercera se optó

por realizar una biopsia pulmonar por videotoracoscopia (fig. 2) cuyos hallazgos fueron compatibles con una neumonitis por hipersensibilidad subaguda. Nuestro paciente no se había expuesto a agentes patogénicos clásicos (aves, mohos, químicos...) pero sí había presentado un aumento creciente de consumo de resina de cannabis fumada en las semanas previas al inicio de la clínica². Se realizó tratamiento con corticoide a dosis decrecientes durante 5 meses y se contraindicó el consumo de inhalantes fumados, con lo que el paciente mejoró clínica y radiológicamente en 6 meses³ (fig. 3).

[☆] Este caso ha sido presentado en la XLIII reunión de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) al concurso de casos clínicos, recibiendo el segundo premio.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lopezgomezrebeca@gmail.com
(R. López Gómez).

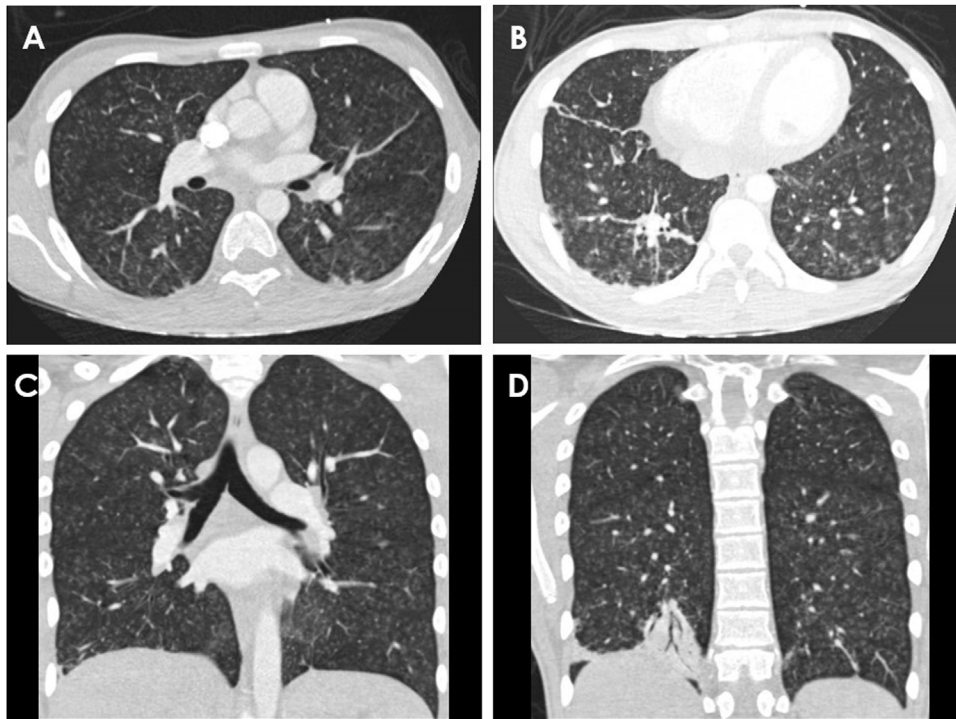


Figura 1 Imágenes de tomografía computarizada durante su ingreso. Las imágenes axiales (A y B) y coronales (C y D) muestran pequeñas opacidades micronodulares con patrón de árbol en brote distribuidos de forma difusa, con región subpleural respetada. En las imágenes B y D se evidencian focos consolidativos en LID.

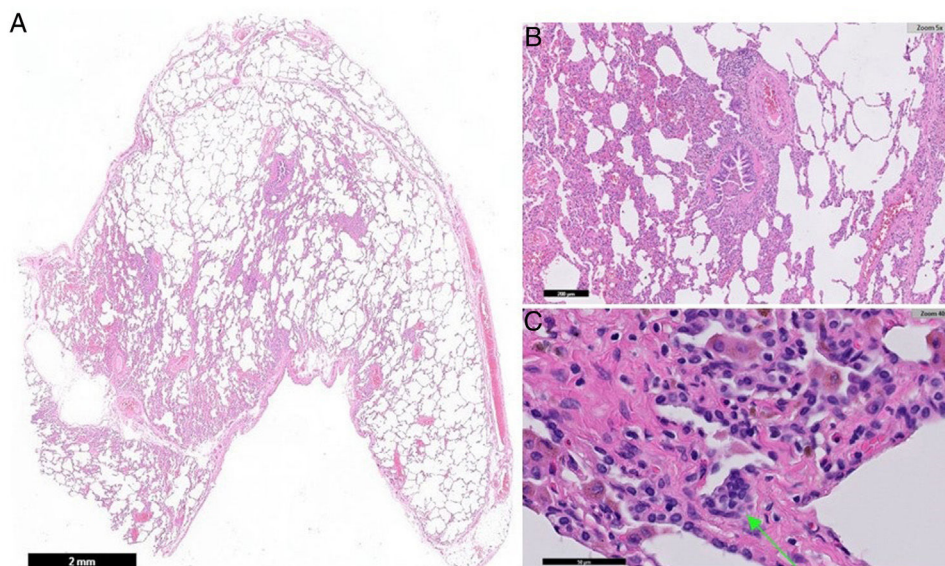


Figura 2 Cortes histológicos de la biopsia pulmonar de LID (imágenes A, B y C). La imagen A (x0,5) muestra una vista panorámica de corte de cuña pulmonar con alteración parcial de la arquitectura habitual con presencia de estructuras nodulares. El parénquima pulmonar presenta un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario e histiocitario localizado en eje bronquiolovascular y descamación de macrófagos en los espacios alveolares (B y C). La flecha señala un agregado de células histiocitarias compatible con una célula gigante multinucleada (C).

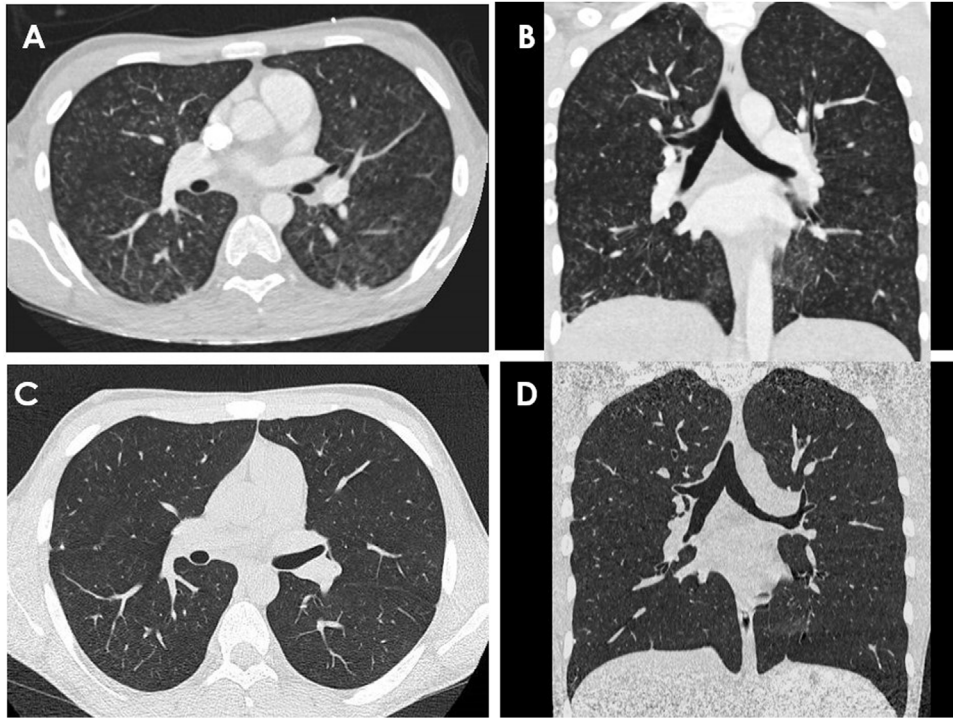


Figura 3 Comparativa de imágenes en corte axial y coronal de la primera tomografía computarizada (A y B) frente a imágenes en mismos cortes (C y D) 6 meses tras finalizar tratamiento. Se puede comprobar la mejoría radiológica referida.

Consideramos importante reportar este caso ante el aumento y la precocidad cada vez más alarmante del consumo de sustancias lúdicas por nuestros adolescentes.

Bibliografía

1. Miller WT Jr, Panosian JS. Causes and imaging patterns of tree-in-bud opacities. *Chest*. 2013;144:1883–92.
2. Cherian S, Kumar A, Estrada-y-Martin R. E-cigarette or vaping product-associated lung injury: A review. *Am J Med*. 2020;133:657–63.
3. Landman S, Dhaliwal I, Mackenzie C, Martinu T, Steele A, Bosma K. Life-threatening bronchiolitis related to electronic cigarette use in a Canadian youth. *CAMJ*. 2019;191:E1321–31.