

Pulmón de granjero en Guipúzcoa

Doctores J. L. Martínez de Salinas, A. Suquia, J. Etura, M. Espinar y
F. Fernández-Ferreiros

Durante los últimos meses hemos podido desglosar entre las fibrosis pulmonares diseminadas un grupo de enfermos con unas características comunes que creemos permiten encuadrarlas dentro de la enfermedad denominada "pulmón de granjero".

Todos tenían el antecedente de proceder del ambiente rural guipuzcoano y estar dedicados a la recolección y manipulación de la hierba para pienso, dentro de unos métodos que pueden considerarse como primitivos.

De los ocho casos estudiados, en unos, el acúmulo de datos clínicos y analíticos recogidos permiten hacer un diagnóstico de certidumbre de tal enfermedad. En otros, por el contrario, tal diagnóstico resulta menos rotundo por no haberse podido comprobar en ellos anticuerpos precipitantes. Con todo, por otros datos coincidentes con el grupo anterior, no deja de ser verosímil.

Presentaremos tres casos, elegidos entre el grupo, que pueden servir de ejemplo de los demás:

1.º José Ignacio U. Treinta y siete años. Desde hace seis años, tos y disnea progresiva de esfuerzo. Hace un año fue diagnos-

ticado en una clínica universitaria de siderosis pulmonar, logrando con ello la inutilidad por enfermedad profesional y volviendo al caserío por consejo médico para alejarle del ambiente industrial en el que había trabajado unos años. Por haber diagnosticado nosotros a un hermano de "pulmón de granjero" y existir muy fundadas sospechas de la misma enfermedad en el padre, ya fallecido (figura 1), investigamos el caso, encontrando los datos siguientes:

Existía una situación clínica consuntiva, con disminución del murmullo vesicular en ambas bases y crepitancias. Cianosis manifiesta y acropaquias.

Radiológicamente se evidenciaba una fibrosis reticular difusa en ambos campos pulmonares. La tomografía de mediastino no descubría afectación de los ganglios traqueobronquiales (figura 2).

Espirográficamente existía una alteración ventilatoria restrictiva con cifras de CV del 47 por 100 y de índice de Tiffeneau de 80 por 100. La gasometría sanguínea daba unos valores de pH normal, con pO_2 58 mmHg; es decir, una hipoxia que hace sospechar la existencia de un bloqueo alveolocapilar (figura 3).

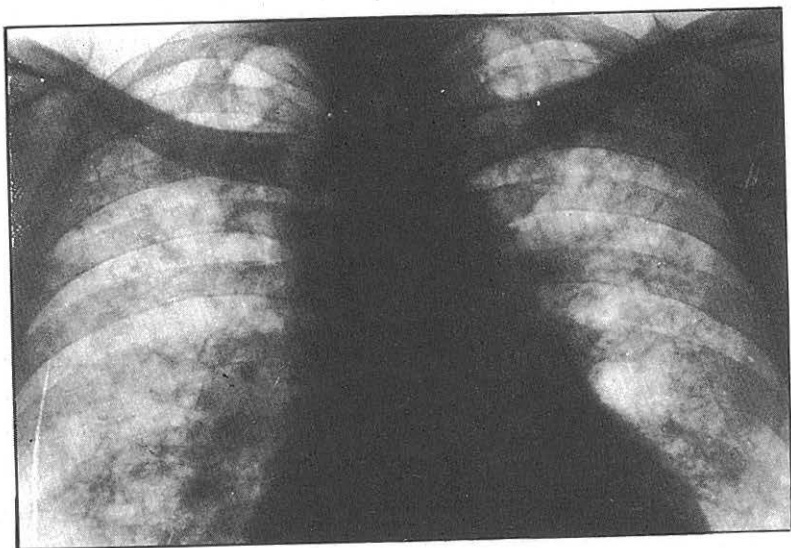


Figura 1.

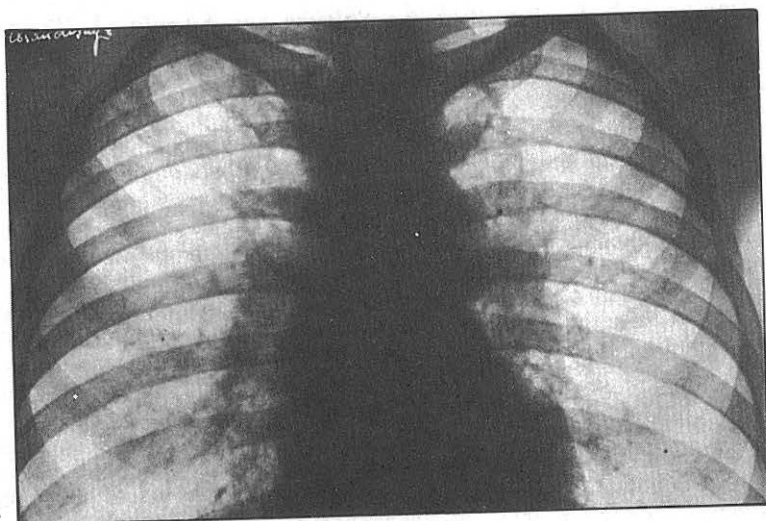


Figura 2.

El electrocardiograma mostraba un bloqueo incompleto de rama derecha.

De exploraciones analíticas se hicieron las elementales de sangre y orina, de poca expresividad en este caso, y las reacciones de látex, Rose-Ragan, células L.E. y serológicas, resultando todas negativas.

En el proteinograma existía una hiper-gammaglobulinemia de 31 miligramos por 1.000, datos que hemos visto repetidos en todos nuestros casos. Las pruebas cutáneas con extracto acuoso de heno fueron

negativas en la lectura inmediata y diferida a las seis horas.

2.º José María E. Treinta y ocho años. Hace seis años presentó un cuadro agudo diagnosticado de gripe, y desde entonces viene notando disnea progresiva de esfuerzo.

Los datos exploratorios son muy similares al anterior, con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares y cianosis manifiesta.

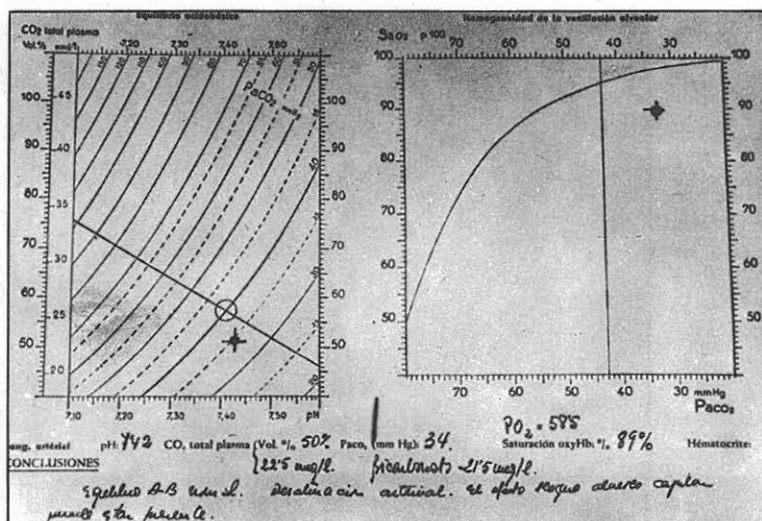


Figura 3.

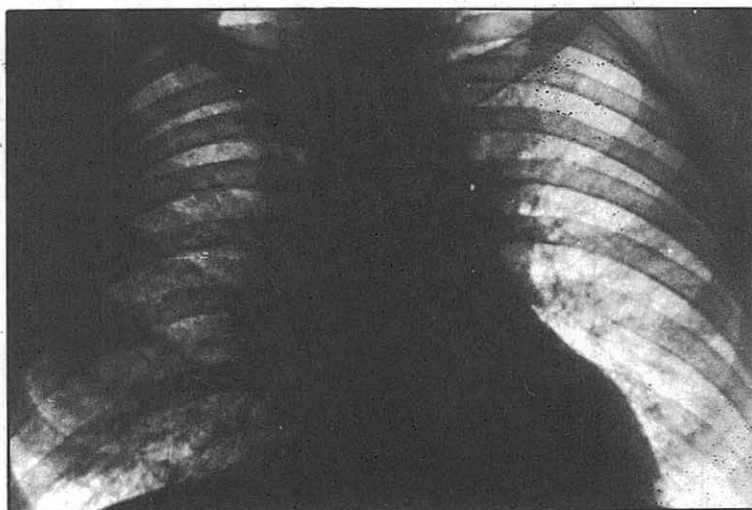


Figura 4.

La radiografía demuestra una fibrosis reticulonodular diseminada y bilateral (figura 4).

El espirograma traduce también la existencia de una alteración ventilatoria restrictiva, siendo de destacar que en un posterior estudio hecho bajo tratamiento esteroideo y con una fisioterapia iniciada, los valores eran ya normales.

La gasometría presentaba una cifra normal de pH, con pO₂ 65 milímetros y una saturación del 91 por 100 y pCO₂ milí-

metros, volviendo a encontrarnos con una hipoxia.

De los datos analíticos destacamos una poliglobulia de 6.200.000, pruebas negativas del látex, Rosd-Ragan, células L.E. y serológicas, apareciendo también una hipergammaglobulinemia de 25 miligramos por 1.000.

La prueba de doble difusión en gel de agar fue positiva para heno, aspergillus y penicillium.

La punción biópsica pulmonar obtuvo un

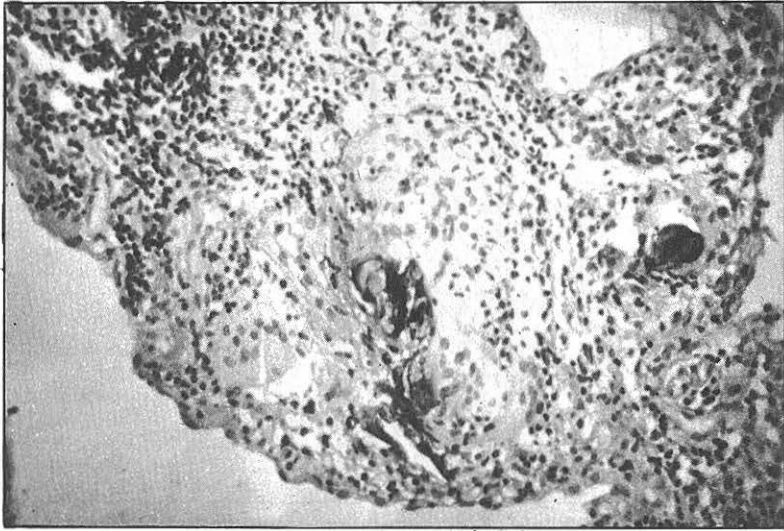


Figura 6.

Enfermo	Edad Sexo	Comienzo de los síntomas	Evolución	Explora- ción	R. X.	Espiro- metría	Gasome- tría	E C G
A. R.	51 ♀	Agudo (Tos. Disnea. Cianosis) Hace 12 años	Progresiva Fases Agudización	Murmullo Vesicular Crepitantes Bases	Fibrosis Nodular Basal Bilateral	No colaboró	pO ₂ =66 pCO ₂ =35 pH=7.43 SO ₂ =93	Dilat Auri Dcha Hiper Biven
V. U.	22 ♂	Agudo (Tos. Fiebre. Disnea) Hace 2 años	Progresiva Fiebre Disnea Tras Manejo Henc	Crepitantes Bases	Fibrosis Reticular Basal Bilateral	CV=78% Tiff=56%	pO ₂ = 68 pCO ₂ = 40 pH= 7.40 SO ₂ = 93.	Hipertrofia Au. y Vent. Dchas.
P. G.	42 ♂	Insidioso	Progresiva	Crepitantes Bases	Fibrosis Reticular Difusa Bilateral	CV=78% Tiff=42%		Hipertrofia R. Dcho.
M. I.	65 ♂	Agudo (Cuadro gripal?) Hace 40 años	Progresiva Agudizac. Invernales	Cianosis Crepitantes	Fibrosis Reticular Difusa Bilateral Signos de Hipertens. Pulmonar	No colaboró	pO ₂ =58 pCO ₂ =37 pH=7.39 SO ₂ =87	Cor Pulmonale
J. M. E.	38 ♂	Agudo (Gripal) Hace 6 años	Progresiva Agudizac. Invernales	Cianosis Murmullo Vesicular Crepitantes	Fibrosis Reticular Nodular Difusa	CV=76% Tiff=83%	pO ₂ = 65 pCO ₂ = 34 pH= 7.40 SO ₂ = 91	Normal
C. U.	51 ♀	Insidioso Hace 5 años	Progresiva Agudizac. Invernales	Crepitantes Sibilancias	Fibrosis Nodular Difusa	CV=82% Tiff=45%	pO ₂ = 72 pCO ₂ = 39 pH= 7.40 SO ₂ = 94	Normal Normal.
J. C. U.	43 ♂	Insidioso Hace 25 años	Progresiva Agudizac. Invernales	Crepitantes.	Fibrosis Reticular Difusa	CV=83% Tiff=50%	pO ₂ = 72 pCO ₂ = 33 pH= 7.42 SO ₂ = 95	P=Pulmonar Hipertrofia R. Dch.
J. I. U.	37 ♂	Insidioso Hace 6 años	Progresiva Agudizac. Invernales	Cianosis Acropaquias Crepitantes	Fibrosis. Reticular Bilateral	CV=47% Tiff=80%	pO ₂ = 58 pCO ₂ = 34 pH=7.40 SO ₂ =89	Bloqueo Incompleto de R. Dcho.

Figura 7

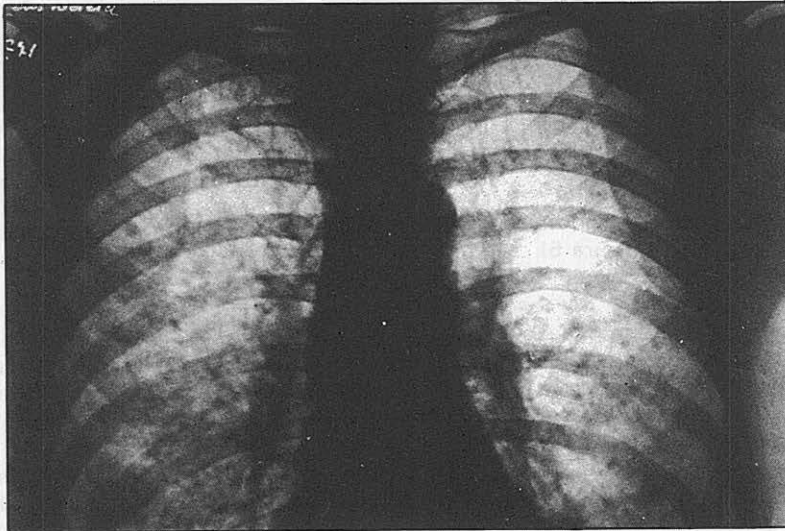


Figura 6..

	L. E. Rose, látex, Wass. y compl.	E.E.F.	Intradermorreacción 15 m. 6 H.	Provocación	Difusión doble en agar (placas Ouchterlony)	Broncoscopia	Biopsia
	Negativo	γ 17,3 grs. %	Negativa Positiva (5x4 cm.)	Negativa	Heno: Negativo Aspergillus: Negativo	Edema Inflamación de mucosa Abundante secreción serosa	
	Negativo	γ 11,58 grs. %	Negativa Positiva (8x3 cm.)	Negativa	Heno: Negativo Aspergillus: Negativo Penicillium: Negativo		
	Negativo	γ 23,3 grs. %	Negativa Negativa	Negativa	Heno: Positivo Penicillium: Positivo Aspergillus: Negativo		
	Negativo	γ 14,5 grs. %	Negativa Positiva (7x5 cm.)	Positiva		Edema Inflamación de mucosa Abundante secreción serosa	
	Negativo	γ 25 grs. %			Heno: Positivo Aspergillus: Positivo Penicillium: Positivo		Neumonitis granulomatosa
	Negativo	γ 21 grs. %	Negativa Positiva (8x4 cm.)	Negativa	Heno: Negativo		
	Negativo	γ 18 grs. %	Negativa Positiva (6x4 cm.)	Positiva (\pm)	Heno: Positivo		No se obtuvo material adecuado
	Negativo	γ =31 grs. %	Negativa Negativa		Heno: Positivo Aspergillus: Positivo Penicillium: Positivo		No se obtuvo material adecuado

fragmento útil en el que se podía observar la presencia de una neumonitis intersticial granulomatosa de tipo cuerpo extraño, con zonas de fibrosis esclerógena y otras de infiltración linfocitaria, junto a la cual aparecían unos cuerpos irregulares, hialinos, débilmente eosinófilos, que recordaban a ciertas estructuras vegetales, y en cuyas inmediaciones se veían algunas células gigantes multinucleadas con núcleos irregularmente dispuestos (figura 5).

Estas imágenes pueden coincidir, en sus rasgos más generales, con las descritas por otros autores en los casos de pulmón de granjero, admitiendo la variabilidad de las mismas desde la forma puramente granulomatosa, que parece ser la más común a la simple fibrosis intersticial.

3.º Angeles R. Cincuenta y un años. Hace doce años tuvo un comienzo agudo, diagnosticado de crisis asmática, con gran disnea y cianosis, y desde entonces acusa disnea de esfuerzo progresiva con episodios agudos intercurrentes.

Existía una disminución de murmullo vesicular en ambas bases con acrocianosis.

En la radiografía (figura 6), una fibrosis nodular basal bilateral, sin que en tomografía mediastínica pudiese objetivarse afectación de los ganglios traqueobronquiales.

El espirograma no pudo obtenerse por deficiente colaboración.

La gasometría dio unas cifras de: pO_2 , 66 milímetros; pCO_2 , 35 milímetros, y pH, 7,43 milímetros.

En el electrocardiograma, se apreciaba una P tipo pulmonar.

La analítica mostró una sistemática exploratoria normal, con la presencia de una hipergammaglobulinemia de 17,3 miligramos por 1.000.

La prueba cutánea inmediata fue negativa. La diferida a las seis horas, resultó positiva al extracto acuoso de la hierba seca.

La prueba de provocación con el mismo extracto acuoso fue negativa, siendo señalable que en esta fase la enferma estaba tomando esteroides.

La prueba de doble difusión fue negativa. Y la broncoscopia señaló la presencia de un intenso edema inflamatorio con secreción serosa.

No se hizo biopsia.

Junto a estos tres casos, en los que en los dos primeros creemos puede sentarse un diagnóstico en firme de pulmón de granjero, y en el último tal posibilidad no resulta tan verosímil, presentamos un cuadro esquemático de los ocho enfermos sometidos a estudio (figura 7).

Como puede verse, cuatro de ellos reúnen todos los requisitos para establecer un diagnóstico de certeza. En los restantes hemos de limitarnos a un diagnóstico de probabilidad, aunque tal probabilidad resulte en la mayoría muy verosímil.

Con unos datos anamnésticos, clínicos, radiológicos y funcionales coincidentes, que permiten dibujar un perfil diagnóstico y valorable, las mayores dificultades para su precisión las encontramos en la interpretación de las pruebas inmunológicas, con los extractos manejados, dada la variabilidad de sus respuestas ante diversos factores influenciadores, como son, la diversa riqueza antigénica del extracto, la proximidad o lejanía de la exposición y la posible administración previa de esteroides.

Tras este estudio inicial, creemos puede afirmarse la existencia de esta enfermedad en el ambiente rural guipuzcoano y la sospecha de que su incidencia pueda tener importancia médica y sanitaria en aquellos grupos de población rural española con análogos condicionamientos climáticos y laborales.

Para conocer la realidad de tal problema, hemos iniciado una encuesta a nivel provincial, con la colaboración de todos los médicos rurales y especialistas, al objeto de detectar los casos sospechosos y someterlos a las exploraciones complementarias. Su resultado nos señalará su importancia y deducirá la conveniencia de arbitrar los remedios oportunos para intentar su prevención.