

Caso	(063) Pulmón de crack
Autores	Mónica Andreu Rodríguez, Abel González Huete, Almudena Gil Boronat, Beatriz Alba Pérez
Centro	Hospital Ramón Y Cajal, Madrid

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 46 años con antecedentes de consumo de alcohol, tabaco y cocaína. Acude a urgencias por dolor torácico y disnea progresiva hasta hacerse de reposo tras consumir dos pipas de cocaína en las últimas 24 horas. No refiere fiebre, hemoptisis ni edemas en miembros inferiores. A la exploración se encuentra eupneico en reposo con saturación de 98% con gafas nasales a 2 lpm. En la auscultación pulmonar se aprecia hipofonesis leve con alguna sibilancia espiratoria dispersa. Tras descartar cardiopatía isquémica aguda, el siguiente diagnóstico clínico de sospecha fue el tromboembolismo pulmonar (radiografía de tórax normal y dímero D 2184.00 ng/mL, normal 208 - 500) y se solicitó un angio-TC de arterias pulmonares que lo descartó. Los hallazgos de la TC fueron extensas opacidades en vidrio deslustrado de distribución difusa, bilateral y simétrica con respeto del parénquima subpleural.

DISCUSIÓN

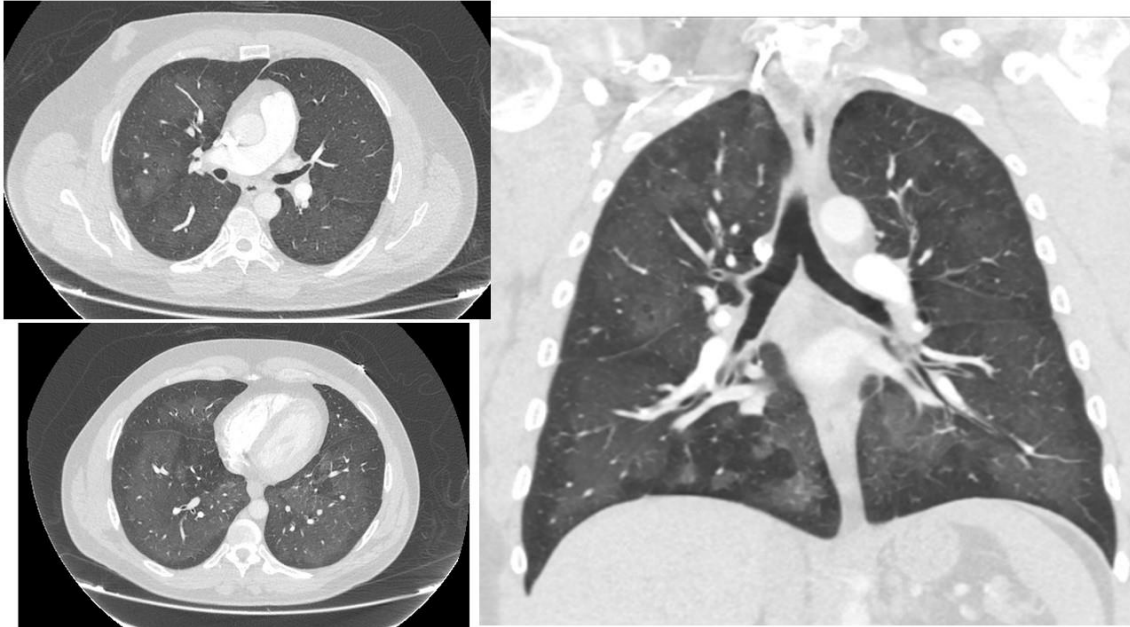
El crack es una droga ilegal creada a partir de la combinación de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico que se consume fumada en tubos de vidrio o mezclada con tabaco en cigarrillos. Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, los episodios de urgencias hospitalarias en España en usuarios de cocaína entre los años 2011-2018 han ido en aumento para el consumo por vía intranasal (del 62% al 85%) mientras que han disminuido para la vía pulmonar (del 21% al 12%).

En los usuarios de esta sustancia se ha descrito el síndrome respiratorio agudo “pulmón de crack” que consiste en dolor torácico, tos productiva, hemoptisis, disnea y fiebre junto con opacidades pulmonares que aparecen dentro de las primeras 48 horas tras la inhalación de la droga. Los hallazgos histopatológicos de esta entidad son daño alveolar difuso, hemorragia alveolar e infiltración intersticial e intraalveolar por células inflamatorias con predominio de eosinófilos. Las manifestaciones radiológicas descritas son opacidades alveolares, en vidrio deslustrado o intersticiales difusas que afectan a campos superiores, medios e inferiores con predominio perihiliar. Se han sugerido como causas que expliquen el daño alveolar la alta temperatura de la cocaína volatilizada, la presencia de impurezas y la vasoconstricción local inducida por la cocaína.

En este paciente, a pesar de que no presentaba el síndrome completo de “pulmón de crack”, el antecedente de consumo reciente junto con los hallazgos de la TC hacen que este diagnóstico sea altamente probable.

CONCLUSIÓN

Aunque el consumo de cocaína fumada es cada vez menos frecuente, el “pulmón de crack” debe formar parte del diagnóstico diferencial en pacientes con consumo reciente, clínica respiratoria aguda e imagen radiológica compatible.



Extensas áreas de opacidad en vidrio deslustrado de distribución difusa, bilateral y simétrica que respetan el parénquima subpleural.

BIBLIOGRAFÍA

Mégarbane B, Chevillard L. The large spectrum of pulmonary complications following illicit drug use: Features and mechanisms. *Chem.-Biol. Interact.* 2013; 206:444-451. <https://doi.org/10.1016/j.cbi.2013.10.011>.

Forrester JM, Steele AW, Waldron JA, Parsons PE. Crack lung: an acute pulmonary syndrome with a spectrum of clinical and histopathologic findings. *Am Rev Respir Dis.* 1990;142(2):462. <https://doi.org/10.1164/ajrccm/142.2.462>

Restrepo CS, Carrillo JA, Martínez S. Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: imaging manifestations. *Radiographics.* 2007;27(4):941. <https://doi.org/10.1148/rg.274065144>

Evolución vía de administración (número y porcentaje) de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, según tipo de droga en España, 2011-2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2020. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Publicación del Ministerio de Sanidad.