Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1973

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4265 - INFILTRADOS PULMONARES DIFÍCILES DE FILIAR

I. Muñoz Durán[a], F. Pérez Grimaldi[b] y M. Díaz Gil[c]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. [b]FEA Neumología. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz. [c]Médico de Familia. Centro de Salud La Longuera. Chiclana de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón 69 años, sin RAMC. No HTA, no DM, no DLP. Exfumador (IPA 40). FA, ICC. EPOC grado C-II. Agricultor, en contacto con gallinas, periquitos. En tratamiento con eliquis, eplerenona, furosemida, dronedarona, duaklir. Tos seca crónica y expectoración, empeoramiento en los últimos 6 meses. Estudiado en otro centro. Consulta por expectoración herrumbrosa, fiebre y disnea grado 3-4 mMRC en los últimos 3 días.

Exploración y pruebas complementarias: AEG, COC, NHNP, eupneico en reposo. Normotenso, FC 85 lpm, afebril, satO2 94% AC: tonos arrítmicos, a buena frecuencia, sin soplos audibles. AP: hipofonesis, crepitantes finos bibasales y sibilantes espiratorios No edemas en MMII ni signos de TVP. No IY. Leucocitosis con neutrofilia, PCR 270 mg/L. Resto normal. Rx tórax: infiltrados pulmonares bilaterales alveolo-intersticial. Ingreso en Neumología. Picos de fiebre y accesos de tos. No mejoría con antibioterapia. TC tórax: condensaciones y opacidades nodulares pulmonares bilaterales, con cavitaciones, calcificaciones y áreas en vidrio deslustrado. Cultivo esputo, Ag Legionella y neumococo en orina. Autoinmunidad. Serología VIH, VHC, VHB negativos. Broncoscopia: LBA: > 10.000 UFC/ml de Nocardia cyriacigeorgica, S a cotrimoxazol. Biopsia transbronquial: no células malignas. Exploración neurológica anodina.TAC cráneo: sin alteraciones. No hallazgos cutáneos Ecocardiograma: sin hallazgos. Iniciamos tratamiento con Soltrim + Imipenen IV. Mejoría clínica, analítica y radiológica. Alta hospitalaria tras 21 días. Tratamiento con Septrin forte. Suspendemos Duaklir. Iniciamos Tovanor, Symbicort Forte y Atrovent de rescate. Evitar exposición a irritantes inhalados. Revisiones: afebril, satO2 96%. Disnea grado 2 mMRC, tos variable sin expectoración. Hipofonesis sin ruidos patológicos. Mejoría radiológica. Tratamiento durante 12 meses. Seguimiento en consultas de bronquiectasias.

Juicio clínico: Nocardiosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: ABPA, TBC, Wegener, tumores metastásicos.

Comentario final: Actinomiceto aerobio saprófito, reside en suelo. Afecta a adultos varones. Esporádicos o asociados a contaminación hospitalaria, procedimientos cosméticos, drogas parenterales, déficits inmunitarios. Inhalación. Abscesos intensamente infiltrados con neutrófilos, tejido de granulación alrededor. Neumonía subaguda, abscesos cerebrales supratentoriales, celulitis, síndrome linfocutáneo, actinomicetoma, queratitis, endoftalmitis, pericarditis. Broncoscopia. TAC

tórax y cráneo. Tratamiento con sulfonamidas y TMP 6-12 meses debido a recurrencias. Seguimiento 6 meses tras finalizar tratamiento.

Bibliografía

1. Spelman D. Clinical manifestations and diagnosis of nocardiosis. 2016.

Palabras clave: Infiltrados pulmonares. Cotrimoxazol.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.