Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1910

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2185 - NO ES POSIBLE UN BUEN ATAQUE SIN UNA BUENA DEFENSA

C. Beltrá Payá[a], M. Caballero Martínez[b], A. Varo Seva[c], E. Martínez Tortosa[d], A. Padilla Sáez[e] y Á. Villegas Sevilla[f]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente del Raspeig. Alicante. [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Blas. Alicante. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Babel. Alicante. [d]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente I. Alicante. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente I. Alicante. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Florida. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón 43 años. Antecedentes: neumonía LM 2012. Acude por tos seca y fiebre desde hace dos semanas. Se solicita Rx que muestra infiltrado en LM y LII. Se pauta levofloxacino 500 mg (14 días). A los 15 días acude por persistencia de clínica asociando síndrome constitucional. Se solicita Rx, análisis sanguíneo y se pauta azitromicina 500 mg (3 días). Se valoran resultados objetivando persistencia de alteraciones radiográficas (se añade infiltrado LSD) y SOH positiva. Se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: EF/AP: crepitantes LSD, LM y LII. Rx tórax: infiltrado LM, LSD y LII. AS: leucocitos 8,21 × 10^3, N 60,60%, L 28,5%, E 2,2%, PCR 2,86%. Marcadores tumorales: negativo. TACAR: consolidaciones en LM, LSD y LII; ganglios mediastínicos y axilares, reactivos a proceso infeccioso. Autoinmunidad: ANA negativo. Test del sudor: negativo. BAAR en esputo: negativo. Mantoux: negativo. Antigenuria: negativa. Serología panel respiratorio: negativa. Cultivo esputo: Streptococcus pneumoniae. Sensible: penicilina, cefotaxima, meropenem. Resistente: levofloxacino, azitromicina. Inmunología: inmunodeficiencia común variable (IDCV) (IgG 141 mg/dL, IgA < 6,7 mg/dL, IgM 15 mg/dL). VIH: negativo. Colonoscopia: hemorroides internas. Broncoscopia: signos de inflamación aguda y secreciones; sin lesiones endobronquiales. Biopsia transbronquial: sin lesión histológica.

Juicio clínico: Neumonía neumocócica en paciente con inmunodeficiencia común variable.

Diagnóstico diferencial: Infecciosas (TBC; bronquiectasias bilaterales por fibrosis quística, déficits inmunitarios). Tumorales (carcinoma bronquioalveolar, linfoma). Inflamatorias (neumonía criptogénica organizada). Autoinmunes (LES, Wegener, Churg-Strauss, PAM). Laborales (exposición a humo).

Comentario final: La IDCV se define por bajos niveles de IgG así como de IgA y/o IgM; la pobre o ausente respuesta a la inmunización; y la ausencia de otra inmunodeficiencia. La mayoría de pacientes son diagnosticados entre los 20-40 años. Las infecciones de la vía respiratoria son las más frecuentes. Pueden presentar otras como enfermedades autoinmunes, enfermedad pulmonar crónica

(bronquiectasias), diarrea crónica o mayor susceptibilidad a linfomas no Hodgkin.

Bibliografía

1. Nelson D, Moua T, Midthun D, Abraham R, Vassallo R. Pulmonary Manifestations in Patients With Common Variable Immunodeficiency. Chest. 2011;140(4):613A.
2. Arancibia F, Ewig S, Martínez JA, et al. Antimicrobial treatment failures in patients with community-acquired pneumonia: causes and prognostic implications. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:154.
3. Cunningham-Rundles C. How I treat common variable immune deficiency. Blood. 2010;116:7.

Palabras clave: Inmunodeficiencia común variable.

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