



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/5 - Masa pulmonar... o no masa pulmonar...

E. Gonzalo Aranda^a, L. Rosado Mena^b, A.V. Bes Giménez^c, M.C. Baquedano Yagüe^d, A. Racareanu^b y C. Jilaveanu^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Daroca. Zaragoza. ^bMédico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud y Centro de Salud de Daroca. Madrid. ^cEnfermera. Centro de Salud Daroca. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Daroca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 45 años fumadora 4 cigarrillos/día hasta hace 9 años originaria de Uruguay, vive en España desde hace 13 años. Trabaja de auxiliar en una residencia de ancianos. No viajes recientes. No convive con animales. Alergia a penicilina. Menopausia precoz. Hemitiroidectomía. Acude a urgencias por fiebre de hasta 39,6 °C de 3 días de evolución, con mala respuesta a antipiréticos, junto con cefalea y artromialgias. No otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 112/56, FC 101 lpm, SAT 98%, T^a 39,6 °C. Exploración física normal salvo la AP: MVC con escasos crepitantes en campo medio posterior derecho con aumento de vibraciones vocales. Rx tórax: masa 55 mm de bordes bien definidos, parcialmente ocultos en segmento apical lid o mediastino posterior. TC tórax: pequeños ganglios mediastínicos no significativos. Opacidad parenquimatosa de aspecto atelectásico en segmento 6 lid con broncograma aéreo, en contacto con pleura, que asocia más inferiormente afectación en "vidrio deslustrado" y alguna pequeña opacidad nodular, de probable origen inflamatorio/infeccioso. Engrosamiento del tejido intersticial peribroncovascular en hilio derecho. Analítica sanguínea: 10.000 leucocitos con 77,6% n. VSG 99 mm. PCR 17,8 mg/dl. Cociente CD4/CD8: 0,92. Hemocultivos y cultivo de esputo negativos. Serologías negativas. Marcadores tumorales normales. Fibrobroncoscopia: signos inflamatorios difusos. Minilba: citología sin hallazgos; cultivos, *Pneumocystis jirovecii*, PCR CMV, galactomanano y ADN *Mycobacterium* complex negativos.

Juicio clínico: Ingresa con tratamiento antibiótico y corticoideo. Mejoría clínica y radiológica. Dada de alta con diagnóstico de neumonía (pendiente filiación). Tras estudio ambulatorio se descartan otras causas y se diagnostica de neumonía organizada criptogenética (NOC).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico inicial de masa pulmonar (Rx) cambia al realizar el TC donde se identifica una neumonía intersticial. Tras descartar que se deba a infecciones, fármacos, hipersensibilidad o vasculitis, podemos concluir que es idiopática. Dentro de ellas los hallazgos eran compatibles con una NOC (antes llamada bono: bronquiolitis obliterante con neumonía organizada).

Comentario final: La NOC suele cursar con un cuadro pseudogripal subagudo, y aunque esta paciente no presentaba tos ni disnea, estos síntomas son los más frecuentes, junto con la fiebre y el síndrome constitucional. La "masa pulmonar" desapareció gracias al tratamiento corticoideo.

BIBLIOGRAFÍA

1. uptodate.com
2. Franquet T, Giménez A. Neumonías Intersticiales Idiopáticas. *Radiología*. 2012;54:479-89.
3. Baque-Juston M, Pellegrin A, Leroy S, Marquette Ch, Padovani B. Organizing pneumonia: what is it? A conceptual approach and pictorial review. *Diagn Interv Imaging*. 2014;95:771-7.