

387/184 - ¿NEUMONÍA O NEUMONITIS?

P. Pascual Blasco¹, E. Hierro Ciria², A. Alfaro Cristóbal³, A. Morán Caballero⁴, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁵, M. Gómez Sánchez⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Astillero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ex fumador desde hace 1 año de 2,5 paquetes/año. Como antecedentes presenta: adenocarcinoma de pulmón pT3pN1, Estadio IIIA; tratado con lobectomía inferior derecha y quimio-radioterapia que finalizó hace 1 mes. Como medicación habitual toma AAS 100 mg, rosuvastatina 10 mg y omeprazol 20 mg. Acude a nuestra consulta refiriendo disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos de unos 10 días de evolución y ritmo cardíaco rápido. Refiere tos escasa sin expectoración purulenta. Además, refiere dolor de tipo pleurítico con los accesos de tos. Lo asocia a un catarro de vías altas que ha tenido previamente y que persiste desde entonces. No refiere fiebre ni sensación distémica. No disnea paroxística nocturna ni edemas ni oliguria. No dolor torácico ni sincope. No vómitos ni dolor abdominal. No síndrome general. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: SatO2: 96%. FC: 80 lpm. FR: 22 rpm. T^a: 36 °C. TA: 114/84. Buen estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Auscultación cardíaca: rítmico, no oigo soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en base pulmonar derecha con algún roncus aislado. Alguna sibilancia aislada en ambos hemitórax. Abdomen: blando y depresible, no palpo masas ni visceromegalias. EEII: no edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: todos los parámetros dentro de la normalidad excepto PCR: 6 mg/dL con NT-proBNP dentro de la normalidad. Rx tórax 2P: en un primer momento sospecha de neumonía por desviación tráquea hacia la derecha con infiltrado alveolar en lóbulo medio y broncograma aéreo. Posteriormente en informe de radiólogo dado los antecedentes del paciente informa como desviación traqueal e infiltrado parahiliar derecho compatible con neumonitis rácica. Frotis nasal para gripe: negativo. Antígenos en orina para neumococo y Legionella: negativos.

Juicio clínico: Neumonitis rácica.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Atelectasia. Neumotórax. Infección respiratoria. Gripe.

Comentario final: En un paciente que precisa de atención médica por disnea siempre debemos descartar gravedad o inestabilidad. Debemos conocer bien los patrones de disnea que nos ayudarán a filiar la etiología y a predecir el destino final del paciente. También es muy importante preguntar el grado basal de disnea, en el caso de que exista, para compararlo con el actual. En este paciente se pidió informe radiológico ante la ausencia de datos clínicos claros de neumonía y la sospecha de neumonitis, siguiendo tratamiento desde la

consulta de atención primaria con corticoides durante 15 días, en pauta descendente, con mejoría de la clínica. En este caso en concreto es fundamental el conocimiento de patrones radiográficos característicos en pacientes que han sido sometidos a procedimientos de radioterapia.

Bibliografía

Álvarez-Rocha L, Alós J, Blanquer J, et al. Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital. *Med Intensiva*. 2005;29:21-62.

Menéndez R, et al. Normativa SEPAR: Neumonía adquirida en la comunidad. *Arch Bronconeumol*. 2010.