Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):85

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2306 - Fiebre, hipoxemia e infiltrados pulmonares: ¿Neumonía?

N.V. Bazante Almeida[a], A.R. Abril Gamboa[a], À. Casaldàliga Solà[b] y M. Hernández Ribera[c]

[a]Médico Residente; [c]Médico de Familia. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa 4. Manresa.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 36 años, etíope en España 6 meses. Sin hábitos tóxicos, ni alergias; viaje a Sudán 1 años atrás. Extrabajadora de industria química. Visitada en ambulatorio por tos de 3 días, expectoración mucopurulenta y roncus; inicia Augmentine con escasa respuesta; reconsulta por disnea progresiva, empeorada durante lactancia o subir escaleras, saturación 90%; Rx-tórax: “burbuja” apical y tractos fibrosos. Se deriva a hospital como Neumonía e ingresan para estudio. Analíticamente PCR 68, sin leucocitosis, hipoxemia; se solicita TAC de tórax: cambios crónicos, bronquiectasias y adenopatías calcificadas, Espirometría: patrón mixto. Se sospecha TBC por PPD +, descartándose posteriormente, broncoscopia y estudio parasitario negativos. Orientación: neumopatía crónica residual sobreinfectada. Antibioterapia por 10 días, mejoría completa y alta.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 8,3 × 10^9/L, PCR 68,4 mg/L; GSA 21%: pH 7,42, PO2 64 mmHg; Rx y TAC tórax: cambios fibróticos, bulla pulmonar, bronquiectasias LII, LSD y LID. Adenopatías calcificadas mediastínicas, hiliares, retroperitoneales. PPD: 20 × 14 mm. Esputo: *Klebsiella pneumoniae*, coprológico: negativo. Fibrobroncoscopia: secreciones mucopurulentas. Citobacteriológicos negativos. Serología *Strongiloides, Hystoplasma, Esquistosoma*, VIH, VHC, sífilis, *Entamoeba* negativas. Espirometría: FVC 32%, FEV1 37%; IT 73%, MMEF 75-25%, 20%.

Juicio clínico: Cuadro pulmonar, PPD positivo, sin embargo, grave destrucción pulmonar, no explicada por TBC. Podría relacionarse con exposición a químicos. Se

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

investiga histoplasmosis por comportamiento similar a TBC. Loeffler, aunque sin eosinofilia y estrongiloides por cuadros pseudoasmáticos, antecedentes, posible tratamiento esteroidal, todo negativo. Finalmente, orientada como neumopatía crónica, bronquiectasias sobreinfectadas por *Klebsiella* post neumonía necrotizante no filiada.

Diagnóstico diferencial: Bronquiectasias. Neumopatía intersticial química. TBC. Histoplasmosis. Estrongiloides. Sd. Loffler. Fibrosis quística. Neumopatías intersticiales.

Comentario final: Es un caso de difícil resolución orientado como una infección respiratoria simple, que luego se orientó como neumonía y finalmente neumopatía crónica. Llama la atención la radiología, gran destrucción pulmonar, cambios fibróticos y antecedentes obligan al estudio de múltiples patologías, infecciosas, inmunes, parasitarias, muchas veces sin llegar a filiar la causa como en este caso.

Bibliografía

1. Xaubeta A, Molina-Molina M, Sánchez M, Enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Arch Bronconeumol. 2007;43(Supl 2):24-30.
2. Antoniou K, Margaritopoulos G, Tomassetti S, Bonella F. Interstitial Lung disease. Eur Respir Rev. 2014;23:40-54.
3. Llagunes J, Mateo E, Peña JJ, et al. Hiperinfección por Strongyloides stercoralis. Med Intensiva. 2010;34(5):353-6.

Palabras clave: Neumonía intersticial. Loeffler. Bronquiectasias. Tuberculosis.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.