



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2270 - Lo que se ocultaba tras una neumonía

Y. González Silva^a, L. Juez García^b, S. García Saiz^c, S. Calvo Sardón^d, C. Estébanez Prieto^a, S. Díez Morales^e, M. Guitián Domínguez^e, B. Herrero Bregón^f, S. Nieto Sánchez^g y R. Hernando Fernández^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^bMédico Adjunto de Servicio Neumología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Carballeira. Ourense. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^eMédico Residente. Centro de Salud Covaresa-Parque Alameda. Valladolid. ^fMédico de Familia. Área Oeste de Valladolid. Valladolid. ^gMédico de Familia. Gerencia de Atención Primaria. Burgos. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años. No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 7 meses (10 cigarrillos/día). En seguimiento por Neumología tras hallar lesiones en radiografía torácica sugerentes de tuberculosis, no confirmada tras pruebas complementarias. No viajes al extranjero, no ambiente infeccioso, ni expuesto a tóxicos laboralmente. Acude a consulta de Atención Primaria por sensación distérmica, dolor pleurítico en hemitórax derecho y tos no productiva de 72 horas de evolución. No disnea. Ante mal estado general y antecedentes personales se decide derivación al servicio de Urgencias hospitalarias, ingresando posteriormente en Neumología para completar estudio y pautar tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico en reposo. No adenopatías. Auscultación pulmonar: crepitantes espiratorios en lóbulo superior derecho (LSD) y lóbulo inferior izquierdo (LII). Analítica: leucocitos 11.100 (89,6% neutrófilos), hemograma y coagulación normales. Bioquímica: GPT 73,3, GGT 95, PCR 317 mg/L. Hemocultivos negativos. En estudios previos: autoinmunidad (ANA, ANCA negativos), Rickettsia y neumonías atípicas (*Chlamydia*, *Coxiella burnetii*, *Legionella pneumophila* y *Mycoplasma pneumoniae*) negativas, ?1-antitripsina e IgE normales, proteinograma normal. ECA: 84,3 U/L (valores normales: 8-52 U/L), serología de VIH negativa. Radiografía tórax: lesiones granulomatosas en ambos lóbulos superiores. Aumento de condensación en LID. TAC tórax: nódulos parenquimatosos en campos medios y superiores, adenopatías mediastínicas en vértices. Eco-endoscopia mediastínica: Masa hipoecogénica de 45 mm: PAAF: agregados adenopáticos. Micobacterias negativo. Fibrobroncoscopia: lavado bronquioloalveolar (BAL): positivo a *Streptococcus pneumoniae*.

Juicio clínico: Neumonía comunitaria (NAC) en LID por *S. pneumoniae*. Patrón micronodular-intersticial: Probable sarcoidosis.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, linfangitis, linfoma, neumoconiosis, histoplasmosis, fibrosis pulmonar idiopática...

Comentario final: Se pautó antibioterapia (levofloxacino y ceftriaxona) y oxigenoterapia, mejorando sintomáticamente y desapareciendo la condensación del LID aunque persistían el resto de alteraciones radiográficas. Nos encontramos ante un paciente en el que a raíz de una NAC se diagnostica de sarcoidosis. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica que afecta frecuentemente a pulmón y

ganglios linfáticos torácicos. El curso suele ser crónico y progresivo. Dentro de los tratamientos utilizados encontramos: corticoterapia, metotrexate, azatrioprina y otros agentes citotóxicos... Generalmente tiene buen pronóstico y más del 50% de los pacientes permanecen asintomáticos

Bibliografía

1. American Thoracic Society. Statement on Sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 1999;160:736-55.

Palabras clave: Sarcoidosis. Neumonía. Adenopatía.