

347/4568 - INFECCIÓN RESPIRATORIA Y ANEMIA HEMOLÍTICA

A. García Antuña^a, M. Gallego Villalobos^b, M. Fornos Rodríguez^c y D. García Palma^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Felguera. Langreo. Asturias. ^bMédico especialista en Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Asturias. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotres. San Martín del Rey Aurelio. Asturias. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 82 años sin alergias conocidas. Exfumador desde 2001 80 paquetes/año. Esclerosis múltiple forma primaria progresiva con paraparesia espástica. Acude a su médico por cuadro catarral de semanas de evolución con escasa expectoración y picos febriles. Tras anamnesis y la exploración se decide realizar una radiografía. Se pauta tratamiento con amoxicilina/clavulánico y Paracetamol y ver evolución en 48-72 horas. Además el paciente refería astenia intensa de 2 meses de evolución, por lo que se hizo analítica completa. Acude a revisión sin mejoría y para ver resultados: observando anemia y aumento de densidad basal derecha. Se deriva al hospital para ingreso en medicina interna. Ante la anemia con elevación de bilirrubina y LDH se sospecha hemólisis. Esto añadido a la neumonía hace sospechar una atípica. Se confirma la sospecha de anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos, tras Coombs positivo y crioaglutininas. Una serología IgM positiva para Mycoplasma pneumoniae confirma el diagnóstico de sospecha. Se pautó tratamiento con azitromicina y se añadieron esteroides. Ante la falta de respuesta a estos últimos se añadió rituximab con buena respuesta. Destacar que el tratamiento con rituximab mejoró de forma importante su esclerosis múltiple.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 38,3 °C. TA: 136/73. FC: 80. SatO2 96%. Estado general conservado, palidez cutáneo-mucosa. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar roncus dispersos, predominio derecho. Glucosa 120, FG N. PCR 282. Hb 8,3, (VCM 85,1, HCM 21,7), plaquetas 6860.00, leucocitos 20.000. Rx tórax: aumento densidad basal derecha. Prots 59, albúmina 30, Bi 2,8, LDH 1.316, PCR 239. Tasa 69%. Gases arteriales: pH 7,48, pO2 64, pCO2 33. Frotis sangre periférica: esferocitos. Test Coombs directo positivo. Serología: Mycoplasma pneumoniae Ig M.

Orientación diagnóstica: Neumonía atípica por Mycoplasma pneumoniae y AH por Ac fríos.

Diagnóstico diferencial: Neumonía típica, tuberculosis.

Comentario final: Ante cualquier paciente con clínica de infección respiratoria y aumento densidad en radiografía hay que sospechar neumonía. Por su prevalencia la primera causa sería neumococo. Si tras 72 horas no hay mejoría sospechar otros agentes infecciosos como Legionella, ayudándonos los antígenos en orina. En este caso la clínica de infección respiratoria y la anemización que sufrió el paciente durante el ingreso, llevaron a descartar agentes productores de neumonías atípicas: Mycoplasma y Chlamydia pneumoniae.

Bibliografía

1. Baum SG. *Mycoplasma pneumoniae* infection in adults. UpToDate, 2018.

Palabras clave: Neumonía. Anemia.