

347/3504 - MUJER JOVEN CON DISNEA COMO SÍNTOMA GUÍA

M. Aroza Espinar^a, J. Vizán Caravaca^b, F. Contreras Anguita^c y S. López García^d

^aMédico Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años que acude a su médico de Atención primaria (MAP), por presentar, mientras trabajaba, sensación de mareo, disnea y palpitaciones, sin pérdida de conciencia y que mejora tras unos minutos de reposo. A su llegada a la consulta está asintomática. Preguntándole por síntomas previos refiere presentar disnea de moderados esfuerzos desde hace 4-5 meses, con pérdida de peso de unos 4-5 kg, hiporexia y astenia. Asocia febrícula intermitente con escalofríos vespertinos. No presenta hemoptisis, sudoración, ni otra sintomatología. La paciente como antecedentes personales presenta hipertiroidismo subclínico, asma bronquial y es fumadora de 10 cigarrillos/día. Su médico de Atención Primaria solicita analítica y radiografía de tórax y ante los resultados la derivada a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Auscultación cardíaca normal. Auscultación respiratoria con sibilantes espiratorios en ambos hemitórax. Resto sin hallazgos. Solicitadas por su MAP: Analítica general: leucocitosis 11.850/mm³, con 4.240 eosinófilos. PCR 28,1 mg/L, resto normal. Radiografía de tórax: presenta lesiones pseudonodulares en ambos vértices pulmonares. Durante su ingreso: se realizó analítica completa y persiste eosinofilia de 5.150 y PCR de 28 mg/L. Presenta una IgE 1.389,1 UI/mL. En el TC toracoabdominal se describen gruesas adenopatías mediastínicas de amplia distribución, infiltrados parcialmente confluyentes distribuidos simétricamente en ambos lóbulos superiores, alguno de ellos con broncograma aéreo vs microcavitaciones, con engrosamiento de septos interlobulillares. Se realiza broncoscopia con lavado broncoalveolar que presenta un 25% de eosinófilos. La paciente presenta mejoría clínica completa tras inicio de tratamiento con corticoides. Tanto la eosinofilia como la IgE descienden hasta valores normales y en el TC de tórax de control desaparecen todas las adenopatías y los infiltrados bilaterales.

Orientación diagnóstica: Neumonía eosinófila crónica.

Diagnóstico diferencial: Neumonía bilateral. Aspergilosis pulmonar. Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis.

Comentario final: La neumonía eosinófila crónica se clasifica según su forma de presentación en aguda o crónica y las características distintivas se basan en la presencia de tos, disnea, fiebre e infiltrados pulmonares con acumulación de células inflamatorias, predominante de eosinófilos.

Bibliografía

1. Jaimes J, Mendoza A, Meléndez CI, et al. Chronic eosinophilic pneumonia: Autoimmune phenomenon or immunoallergic disease? Case report and literature review. *Reumatol Clin.* 2012;8:145-8.

Palabras clave: Neumonía. Eosinofilia. Disnea.