

## 347/1729 - PAPÁ, DEJA DE TOSER POR LA NOCHE

D. González Lorenzo<sup>a</sup>, M. Catalina Moñino<sup>b</sup> y A. González Calleja<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Los Palacios. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Sur. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Sur. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 63 años sin alergias, fumador desde los 15 años de 40 cigarros al día, HTA, DM II. Profesión médico con un perro de mascota. Realizaba trabajos de restauración de muebles sin uso de mascarilla. Acudió a Atención Primaria por presentar desde hacía un mes cuadro de tos seca nocturna asociado a astenia intensa, disnea de reposo y síndrome constitucional con pérdida de peso. No fiebre ni expectoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presentaba regular estado general, TA 147/97, FC 110 lpm, Fr 25 rpm. SatO2 88%. A la auscultación, crepitantes tipo velcro en ambos campos. Ante la clínica, los hallazgos exploratorios y personales, se derivó a Urgencias. Se solicitó hemograma destacando leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis. Bioquímica normal PCR 98 mg/dl. Rx tórax: infiltrado algodonoso bilateral que afectaba a lóbulo inferior izquierdo (LII), lóbulo inferior derecho (LID), lóbulo medio (LM). TAC torácico: infiltrado pulmonar intersticial con engrosamiento de los septos interlobulillares que afectaba a LII, LID, LM, lingüa, lóbulos superiores con tendencia a la panalización. Existían también adenopatías mediastínicas que a nivel paratraqueal derecho y prevascular podían ser consideradas normales y en región carinal y subcarinal derecha patológicas. Finalmente, se ingresó en Neumología donde se realizó fibrobroncoscopia con punción transbronquial y lavado broncoalveolar que mostraba una neumonía organizativa criptogenética (NOC).

**Orientación diagnóstica:** Neumonía organizativa criptogenética.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia pulmonar, neumopatías intersticiales como sarcoidosis, silicosis, fibrosis pulmonar, neumonía atípica, entre otros.

**Comentario final:** Una detallada anamnesis y un examen físico minucioso son fundamentales. Además, revisar, realizar el estudio microbiológico y control imagenológico. La NOC es poco conocida, subdiagnosticada y secundaria a múltiples causas, siendo de diagnóstico fundamentalmente histopatológico. Cuando no se logra identificar una etiología se denomina NOC. Su potencial respuesta a corticoides, hace un desafío para el clínico, especialmente cuando se han agotado los recursos diagnósticos y estrategias terapéuticas convencionales.

### Bibliografía

1. Drakopanagiotakis F, et al. Cryptogenic and Secondary Organizing Pneumonia: Clinical Presentation, Radiographic Findings, Treatment Response, and Prognosis. *Chest*. 2011;139(4):893-900.
2. Jayaprakash B, Varkey V, Anithakumari K. Etiology and clinical outcome of non-resolving pneumonia in a tertiary care centre. *J Assoc Physicians India*. 2012;60:98-101.

**Palabras clave:** Neumonía idiopática intersticial pneumonia. Neumonía atípica. Neumonía organizativa criptogenética.