

424/370 - DOCTORA, ME FALTA EL AIRE

B. Martín Peces¹, P. de Oleo Santiago², S. Álvarez Mesuro¹ y C. Sánchez-Mesas Cerdán²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 85 años. Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Destacan como antecedentes personales: fibrilación auricular (FA), hipertensión arterial, tumorectomía y radioterapia de cáncer de mama 10 meses antes (remisión completa). Tratamiento: edoxabán, digoxina, nebivolol, losartán, torasemida, tamoxifeno. Consulta por astenia, pérdida de 10 kilos de peso, edemas maleolares, tos, expectoración blanquecina y fiebre. Tras antibioterapia y aumento diurético, empieza con disnea de reposo, motivo por el que es derivada a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación oxígeno: 88%. Temperatura axilar: 38 °C. Auscultación cardiopulmonar: arrítmica (110 latidos por minuto), crepitantes gruesos basales hasta campos medios bilaterales, leve hipofonesis en base izquierda. Hepatomegalia y edemas en piernas. Se realizan como pruebas complementarias análisis de sangre, que muestra PCR: 8,9 mg/dl, leucocitosis: 10.500 (78% neutrófilos), hemoglobina: 10,9 g/dl, dímero D: 380 y marcadores tumorales negativos. Electrocardiograma: FA (115 latidos). Radiografía simple de tórax: cardiomegalia, derrame pleural izquierdo, condensación trilobar. Líquido pleural: exudado. Serologías y cultivos, incluido Lowestein, negativos. TAC torácico: nódulos y consolidaciones con broncograma aéreo bilateral de distribución periférica, y derrame pleural izquierdo. Adenopatía subcarinal.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia respiratoria por Insuficiencia cardiaca en contexto de proceso infeccioso neumónico.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca congestiva. Neumonía complicada. Cáncer mama metastásico. Tromboembolismo pulmonar. Tuberculosis.

Comentario final: Durante ingreso se trató con diuréticos, antibióticos, oxigenoterapia y aerosoles, sin mejoría. La evolución tórpida, antecedentes y TAC, indicaron como diagnóstico posible neumonía organizada criptogenética (NOC). Se inició corticoterapia mejorando gasometría (48 horas) y radiología (4 semanas). La NOC es una enfermedad pulmonar inflamatoria poco frecuente e infradiagnosticada. Su fisiopatología es desconocida, se postulan procesos autoinmunes desencadenados por radioterapia, a diferencia de la neumonitis actínica. Aparece entre 4-8 meses posradiación (1,8-2,5% de cánceres de mama radiados). Mayor riesgo en personas de 50 años con terapia antihormonal concomitante. Puede afectar al pulmón contralateral. Recidiva 5-56% si hay una retirada precoz del tratamiento. Puede cronificarse, facilitando la fibrosis. Afecta a ambos sexos de manera similar (50-60 años). El diagnóstico es histopatológico (cuerpos de Masson). En TACAR pueden aparecer consolidaciones parenquimatosas

multifocales y periféricas (caso), patrón de vidrio deslustrado o de empedrado. Pronóstico excelente con corticoides entre 6-12 meses (6% recaídas en 5 años). La sospecha precoz en Atención Primaria es vital para iniciar cuanto antes el tratamiento con alta tasa de curación.

Bibliografía

1. Sáez Pérez JM. Una puesta a punto de la neumonía organizada. *Med Gen Fam*. 2017;6(5):233-6.

Palabras clave: Neumonía organizada.