



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1448 - ¿OTRA INFECCIÓN RESPIRATORIA MÁS?

M. Díaz Cruz¹, M. de la Calle Mustienes², L. Díaz Maldonado³ y A. Bote Palacio¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo. ²Médico de Familia. Centro de Salud Talavera Centro. Toledo. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: fiebre y dolor pleurítico. Antecedentes personales: sin interés. Anamnesis: mujer de 67 años que acude a su MAP por tercera vez en 3 meses por cuadro de 4 días de tos con expectoración blanquecina, dolor pleurítico y fiebre de 38,2 °C. Además, cuadro constitucional y sintomatología inespecífica de meses de evolución de inflamación articular y rigidez matutina.

Exploración y pruebas complementarias: REG, palidez cutánea, eupneica en reposo. Tª 38,2 °C. SatO2% 94%. TA 130/85. FC 110 l/min. MV disminuido con crepitantes en campos superiores y medios. Pruebas en atención primaria: Analítica: PCR 90, VSG 82, leucocitos 13.000, neutrófilos 79%. Rx de tórax: infiltrados bilaterales/nódulos con alguno de ellos cavitados. Mantoux negativo hace 2 semanas. Se pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Ante estos hallazgos se decide derivar a paciente a urgencias hospitalarias. Evolución: la paciente es ingresada en Neumología. TAC: infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales en lóbulos superiores y a nivel subpleural. Analítica con factor reumatoide de 97 ac anti nucleares (+) Ac anti SS-A/Ro (+) Anti SS-B/LA (+).

Orientación diagnóstica: Infección respiratoria recurrente.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, EPOC mal controlado, tuberculosis, cáncer broncopulmonar, enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Comentario final: Ante estos hallazgos la paciente es valorada por Reumatología descubriendo síntomas de xerostomía, se confirma diagnóstico de síndrome de Sjögren y por biopsia pulmonar de bronquiolitis folicular, se pauta tratamiento con corticoides e inmunodepresores. La paciente mantiene actualmente seguimiento conjunto por ambas especialidades y por su MAP con buen control. Se diagnostica por tanto de: bronquiolitis folicular en relación a síndrome de Sjögren primario. Conclusiones: entre las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjögren podemos encontrar las pulmonares (11%) destacando la EPID y las bronquiectasias, menos frecuente es la bronquiolitis alveolar cuyo diagnóstico se basa en clínica de disnea de esfuerzos progresiva, tos irritativa o productiva, obstrucción bronquial e infecciones respiratorias recurrentes. La imagen en la radiografía suele revelar infiltrados bilaterales e imágenes nodulares. La base del tratamiento son esteroides, metotrexato, broncodilatadores, macrólidos y corticoides inhalados. Ante un paciente, sobretodo mujer que presente cuadros recurrentes de IVRB hay que pensar en una posible manifestación externa de una enfermedad inflamatoria y/o autoinmune subyacente.

Bibliografía

1. Medina-Paz L, Che-Morales JL, Moshe Barrera-Pérez HA, Cortes-Telles A. Síndrome de Sjögren primario y bronquiolitis. Una asociación no usual. Reumatol Clin. 2018;14(4):233-5.
2. Rosas Gómez de Salazar JJ, Senabre Gallego JM, Santos Ramírez C. Manejo de las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjögren primario. Reumatol Clin. 2010;6(S2):6-11.

Palabras clave: Bronquiolitis folicular. Infección respiratoria. Síndrome de Sjögren.