



264/27 - INFECCIÓN RESPIRATORIA PERSISTENTE COMO DEBUT DE POLIARTERITIS NODOSA

R. Reina González^a, C. Gómez Sánchez-Lafuente^b, M. Gutiérrez Jansen^c y L. Ginel Mendoza^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

^bPsiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo I, exfumador de 40 paquetes/año. Acude a consulta de Atención Primaria por fiebre, tos y expectoración de una semana de evolución, sin hemoptisis. Se asocia a astenia y disnea de moderados esfuerzos desde hace meses, con pérdida de 5 kg de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente. Eupneico en reposo, con saturación O₂ 99% basal. Afebril. A la auscultación destaca hipoventilación generalizada, sin otros hallazgos de interés en la exploración. Se pauta tratamiento con levofloxacino, persistiendo febrícula y malestar general. Ante la evolución desfavorable del cuadro clínico se solicita radiografía de tórax donde se visualizan múltiples lesiones nodulares bilaterales. El paciente ingresa en Medicina Interna para estudio de dichas lesiones. En analítica de sangre destaca leucocitosis con neutrofilia, creatinina 1,35, FG 60 y PCR 108. En TC de tórax se confirma la presencia de imágenes nodulares y pseudonodulares mal delimitadas, difusas, bilaterales. Se realiza punción-aspiración de un nódulo pulmonar informándose de la presencia de cilindros pulmonares con proliferación fibrohistiocitaria sin signos de malignidad, con necrosis focal y reacción linfoplasmocitaria. Durante el ingreso se evidencia empeoramiento progresivo de la función renal, microhematuria y proteinuria discreta, con anticuerpos ANCA positivo en el estudio de autoinmunidad. Se realiza biopsia renal, con diagnóstico definitivo de vasculitis ANCA con lesión focal renal.

Juicio clínico: Poliarteritis nodosa (PAN) con afectación pulmonar y renal.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, bronquitis, neoplasia pulmonar, TEP, TBC, bronquiectasia.

Comentario final: La poliarteritis nodosa es una enfermedad muy poco frecuente, dándose especialmente en varones entre la 5ª y la 7ª década. Se trata de una vasculitis necrotizante, de etiología desconocida en la mayoría de casos, cuyos síntomas son muy variables e inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. El pronóstico depende en gran medida del grado de lesión y el número de órganos dañados, siendo excepcional la afectación pulmonar. En nuestro caso, tras la administración de corticoides IV y ciclofosfamida, el paciente presentó gran mejoría clínica así como recuperación progresiva de la función renal.

Bibliografía

1. Narvaez García FJ. Diagnóstico diferencial y tratamiento vasculitis necrotizantes sistémicas. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmune sistémicas. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 225-30.