



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2425 - DOCTORA, SIGO CON FIEBRE...

M. López Valcárcel<sup>a</sup>, L. Moreno de la Rosa<sup>b</sup>, J. Rodríguez Toboso<sup>c</sup>, J. Rodríguez Coronado<sup>b</sup>, J.J. Navalón Prieto<sup>d</sup>, M. Prado Coste<sup>d</sup>, F.J. Lucas Galán<sup>e</sup>, M. Ruipérez Moreno<sup>e</sup>, M. Minuesa García<sup>e</sup> y L. Tarjuelo Gutiérrez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años que acude por primera vez a nuestra consulta por fiebre de hasta 39 °C de 3-4 días de evolución acompañada de disnea a moderados esfuerzos, astenia y pérdida de peso no cuantificada. Como antecedentes personales sólo destacar que se trata de un fumador de 1,5 paq/día desde hace unos 40 años, no cumple criterios de bronquitis crónica y presenta una clase funcional según la Escala NYHA de I/IV. Con estos datos y ante la presencia de crepitantes en base pulmonar derecha se inicia antibioticoterapia empírica pero el paciente presenta empeoramiento clínico con aumento importante de la disnea por lo que es derivado a Urgencias e ingresado en el Servicio de Neumología con diagnóstico de infiltrado bilobar en hemitórax derecho probablemente de etiología infecciosa e insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda secundaria resuelta. El paciente es dado de alta tras mejoría clínica y radiológica pero a los 3 meses acude de nuevo a nuestra consulta por persistencia de la disnea a moderados esfuerzos y febrícula vespertina. Tras comentarlo telefónicamente se deriva a Consultas Externas de Medicina Interna para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la auscultación pulmonar encontramos hipoventilación generalizada con crepitantes basales derechos. No otros hallazgos. Se solicita nueva radiografía de tórax, con persistencia de infiltrado periférico en lóbulo superior e inferior derechos y aparición de infiltrado en lóbulo inferior izquierdo; Mantoux negativo; estudio analítico completo con serologías, pruebas de autoinmunidad y reactantes de fase aguda normales salvo proteína C reactiva de 75; TAC que confirma focos de consolidación parenquimatosa en llingula y ambas bases e infiltrado en vidrio deslustrado bilateral en lóbulos superiores de predominio derecho; cultivos de esputo negativos; LBA destaca la moderada neutrofilia y un cociente CD4+/CD8+ disminuido. Biopsia transbronquial confirma diagnóstico de neumonía organizada.

**Juicio clínico:** Neumonía organizativa criptogénica (NOC).

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Comentario final:** La NOC es una enfermedad relativamente frecuente cuyo diagnóstico suele retrasarse por la falta de sospecha y su confusión con otros procesos más prevalentes como la

neumonía bacteriana. Su inicio es subagudo, con tos, disnea, astenia, pérdida de peso y en algunas ocasiones fiebre. Debemos incluirla en el diagnóstico diferencial siempre que un paciente presente, además de la clínica, infiltrados pulmonares bilaterales, y su diagnóstico definitivo es por confirmación histológica en las muestras de biopsia transbronquial. Suele mejorar con tratamiento esteroideo aunque algunos casos pueden evolucionar a fibrosis. El 50-60% de los pacientes suele presentar recidivas precisando aumento de corticosteroides y en algunos no será posible retirarlos totalmente. Sin embargo, no se ha visto relación entre el número de recidivas y el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Francisco G, Gaudó J, Sueiro A, Maldonado G, García-Spínola J. Intersticial, patrón pulmonar. En: Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, et al, editores. Diagnóstico y tratamiento médico. 2ªed. Madrid: Marbán Libros, S.L.; 2011. p. 1572.
2. Camargo JP, Villa LM, García P, Sánchez E, Saavedra A. Cryptogenic organizing pneumonia as initial presentation of rheumatoid arthritis. *Acta Med Colomb.* 2012;37:27-30.
3. Valenzuela C, Marcos C, Alonso Pérez T, Ancochera Bermúdez J. Actualización de las neumonías intersticiales idiopáticas. *Medicine.* 2014;11(64):3808-12.