



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3588 - NEUMONÍA ORGANIZADA COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

R. Álvarez Paniagua^a, M. Jaime Azuara^a, Á.M. Arévalo Pardal^a, J.I. Santos Plaza^b, C. Gómez Martín^c, A. Jove Agustí^f y T. Martínez Campos^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años, fumadora, antecedentes de dislipemia, osteoporosis y EPOC grado II GOLD, que en el último año presentó episodios frecuentes de infecciones respiratorias y broncoespasmo resueltos con tratamiento broncodilatador y antibiótico. Desde el último proceso tres meses antes, presentaba tos persistente y disnea progresiva sin mejoría con tratamiento. En los últimos días, manifestó deterioro del estado general, disnea de pequeños esfuerzos, astenia, hipoxemia y febrícula, siendo enviada a Urgencias Hospitalarias por sospecha de bronconeumonía e ingresando en Neumología. Recibió tratamiento broncodilatador nebulizado y antibioterapia empírica pero, debido a su no mejoría, se decidió completar estudio y, ante los hallazgos exploratorios de las pruebas complementarias, se pautó prednisona a altas dosis y descenso progresivo en 6-7 meses con apreciable mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación: disminución murmullo vesicular en ambos hemitórax, roncus generalizados, discreta hipoventilación bibasal, crepitantes en base derecha, saturación 90%. Rx: infiltrados alveolares en ambos campos superiores. Analítica sin alteraciones significativas: Autoinmunidad negativa, F. reumatoide 34, ProGRP: discreta elevación. TAC: imágenes pseudonodulares pulmonares bilaterales, sugieren condensaciones, bronquiectasias en LMD, lesiones parcheadas en ambos campos. Gasometría: PO₂ 61, SATO₂ 93%. Espirometría: FEV₁ 58%, FEV₁/FVC 53%. Broncoscopia (citología y biopsia): inflamación mucosa difusa, secreciones mucopurulentas bilaterales. Cultivo esputo, BAS, BAL y baciloscopias negativas.

Juicio clínico: Neumonía organizada criptogenética.

Diagnóstico diferencial: NAC, reagudización EPOC, neoplasia, TEP, vasculitis, sarcoidosis...

Comentario final: La NOC, entidad poco conocida e infradiagnosticada, puede ser secundaria a múltiples causas; si se desconoce se denomina criptogenética. Tuvimos otro caso de características muy similares en varón de 72 años con antecedentes de asma persistente leve, ambos con evolución favorable tras tratamiento esteroideo. Esta comunicación tiene como objetivo dar a conocer dos casos de NOC que se presentaron en nuestra consulta en 2015, para considerar esta posibilidad diagnóstica ante una neumonía que no se resuelve con tratamiento adecuado e investigar si puede existir algún factor precipitante o coincidente en estos casos para esclarecer la etiología.

Bibliografía

1. Xaubeta A, Ancocheab J, Blanquerc R, Monterod C, et al. Normativa SEPAR: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Arch Bronconeumol. 2003;39:580-600.

Palabras clave: *Condensaciones pulmonares. NOC. Corticoides.*