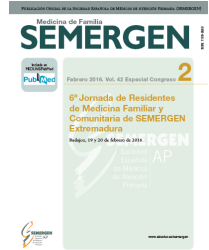




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



59 - NEUMONÍAS DE REPETICIÓN, ¿SEGURO?

L. Alonso Bravo

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No fumador. Que consulta por disnea de carácter progresivo de aproximadamente un mes de evolución. Además hace unos días presenta dolor en el hemitórax izquierdo y fiebre autolimitada en 24 horas. El paciente está taquipneico con mínimos esfuerzos (como al hablar). Y se auscultan crepitantes bibasales. Tiene una saturación de O₂ inferior al 95%. Siendo el resto de la exploración anodina. Tras la realización de un ECG (que es rigurosamente normal) decidimos derivarlo al Servicio de Urgencias Hospitalarias. En la radiografía de tórax, se aprecia un patrón intersticial bibasal con engrosamiento hiliar bilateral. Tras la realización de la gasometría arterial vemos que nuestro paciente está en insuficiencia respiratoria parcial con una pO₂ < 60 y una SatO₂ del 92%. El hemograma, la bioquímica y la coagulación son normales. Ingresan al paciente y comienzan a tratarlo con ceftriaxona y levofloxacino ante la posibilidad de tratarse de una neumonía.

Juicio clínico: Llegamos al diagnóstico de neumonía por hipersensibilidad o alveolitis alérgica extrínseca (AAE).

Diagnóstico diferencial: Neumonía, tromboembolismo pulmonar, neoplasia, EPID, insuficiencia cardíaca, etc.

Evolución: En las primeras 48 horas existe una respuesta clínica, radiológica y gasométrica excelente. Rehistoriando al paciente refiere ser cuidador de aves (concretamente palomas) y haber presentado el año pasado episodios similares al actual, aunque de forma más leve. Ante la sospecha clínica de neumonitis por hipersensibilidad se solicita TACAR, el que se visualizan infiltrados extensos en “vidrio deslustrado” y se realiza fibrobroncoscopia en la que se obtiene LBA con predominio de linfocitos.

Comentario final: Que el paciente sea “criador de palomas” dio la clave para cambiar la actitud diagnóstico-terapéutica y pensar en la posibilidad de una AAE. Lo necesario para la sospecha de una EPID está al alcance del médico de familia: anamnesis, exploración, radiografía de tórax y espirometría. Este caso, es un ejemplo de cómo una buena orientación del mismo, podría habernos llevado a un diagnóstico mucho más precoz.

Palabras clave: Disnea crónica. Fiebre autolimitada. Patrón intersticial. Infiltrados en “vidrio deslustrado”. LBA con linfocitosis.