



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1604 - DOCTOR, ¿NO QUIERO DESPEDIRME DE MI MASCOTA!

I. Gómez Bruque^a, F. Soriano Gómez^b, C. Bravo Lucena^a y F.J. Roquette Mateos^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azahara-Occidente. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no AMC. No HTA, no DM. No cardiópata ni broncópata conocida. Niega hábitos tóxicos. No IQ previas. No realiza tratamiento de forma habitual. Enfermedad actual: paciente mujer de 17 años que acude a Urgencias por presentar fiebre termometrada de hasta 38 °C, de 5 días de evolución, artromialgias, escasa tos con expectoración. Refiere empeoramiento en los últimos días con aumento de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos. La madre comenta que desde hace unas dos semanas en el domicilio tienen como mascota un conejo y que desde entonces nota que su hija ha comenzado con los síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. TA: 125/70, FC: 75, Saturación O₂: 97%, Temperatura: 36 °C. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC con presencia de crepitantes basales derechos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias. MMII: no edemas ni signos de TVP. Analítica: hemograma: leucocitos 6.900 (N: 52,4%; L: 23%; M: 10,2%; E: 13,7%; eosinófilos absolutos: 0,9), plaquetas: 237.000, Hb: 15,1. Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, iones, bilirrubina y enzimas hepáticas normales. Coagulación: TP actividad: 85%; INR: 1,2. IgE específica pelo de conejo: normal. IgE total: 107. GSA (basal): pH: 7,43; pCO₂: 38; pO₂: 65; HCO₃: 25,2. Radiografía de tórax: imágenes alveolo-intersticiales periféricas por ambos campos pulmonares. A las 24 horas han desaparecido sin tomar tratamiento esteroideo. TAC tórax: pequeños nódulos pulmonares mal definidos y pequeñas áreas de vidrio deslustrado, parcheadas, de predominio periférico en todos los lóbulos, preferentemente en campos medios y superiores con mayor afectación en lado derecho.

Juicio clínico: Neumonía eosinófila aguda.

Diagnóstico diferencial: Sd. Loeffler, alveolitis alérgica extrínseca, Inhalación gases tóxicos, fármacos, enfermedades infecciosas (histoplasmosis), neoplasias (enfermedad de Hodgkin), etc.

Comentario final: Las eosinofiliyas pulmonares son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por infiltrados pulmonares y eosinofilia periférica. La clínica se caracteriza por fiebre, astenia pérdida de peso y sudoración nocturna. El diagnóstico es clínicoradiológico y por ello es importante realizar una detallada historia clínica e incidir en antecedentes epidemiológicos (contacto con animales, viajes recientes, etc) para poder establecer una posible etiología y un adecuado tratamiento. La neumonía eosinófila aguda cursa como una enfermedad febril aguda de

corta duración, con insuficiencia respiratoria, que a menudo requiere ventilación mecánica, responde a corticoterapia y tiene buen pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª edición, Mc Graw-Hill.
2. Rodríguez García JL, et al. Diagnóstico y tratamiento médico. Madrid, Marbán. 2010.
3. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.