



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4160 - ESTA NEUMONÍA QUE NO MEJORA... ¿BONO, QUÉ ES ESO DOCTORA?

A. Fernández Escudero^a, R. Gutiérrez García^b, P. Fernández Escudero^c, F. Álvarez Álvarez^d, S. Castro Prieto^d y C. Cayón de las Cuevas^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. ^bMédico de Familia. Área de Guardo- Palencia.

^cLicenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Consejería de Educación. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años presenta cuadro catarral con tos intensa y expectoración oscura, de más de 2 semanas de evolución, pautado tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico) con pobre mejoría. Refiere tos de predominio nocturno, astenia, anorexia, pérdida de unos 3 kilos de peso y aumento de sensación disneica. Febrícula ocasional. AP: valvulopatía aórtica. Dislipemia en tratamiento con estatina. Varices EEII resto SI.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado. TA: 120/78. FC: 98x'. T^a: 36,4 °C. FR: 12x'. SatO₂ 95%. CyC: normal. Tórax: AC: rítmica, con soplo sistólico panfocal. AP: mínimos crepitantes bibasales. Extremidades inferiores: varices, no edemas ni signos de TVP. Se remite a Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración con pruebas complementarias. Hemograma con fórmula normal. Coagulación y bioquímica normal. CEA y alfafeto: normales. VSG 120, PCR 154, BNP 520. Gasometría: pH: 7,50. pCO₂: 42. pO₂: 63. Bic: 33. SO₂: 94%. ECG: normal. Rx tórax: pequeños infiltrados parcheados en lóbulos superiores. Atelectasia segmentaria en lóbulo medio y de menor tamaño en llingula. Es ingresada y se pautan antibioterapia (levofloxacino 500 cada 24h y nebulizaciones con broncodilatadores). Cultivo de esputo: flora mixta. Ziehl de esputo x 3: negativo. TAC torácico: infiltrados pulmonares multifocales bilaterales y afectación difusa de vía aérea pequeña. Broncoscopia: secreciones en cantidad moderada que provienen del lóbulo medio y que se aspiran. La entrada al LII, pequeña disminución de calibre, sin lesiones endobronquiales. Se realizan BAL (Frotis inflamatorio) BAS (virología, cultivo micobacterias negativo, PCR- técnicas molecular negativas). Ecocardiograma: estenosis aórtica en rango grave. FE conservada. Pobre respuesta a tratamiento. Ante sospecha diagnóstica inician tratamiento corticoideo con mejoría clínica y radiológica.

Juicio clínico: BONO. Bronquiolitis obliterante con neumonía obstructiva.

Diagnóstico diferencial: Infecciones respiratorias. Neumonía, TBC, reagudizaciones EPOC. Fibrosis pulmonar. TEP, neoplasias.

Comentario final: La BONO es una afección inflamatoria pulmonar infrecuente, en la mayoría de los casos de causa idiopática, aunque puede asociarse a otras patologías. Clínicamente presenta tos y disnea progresiva de semanas de evolución. Radiológicamente, manifiesta infiltrados alveolar

multifocal, o intersticial bilateral o consolidación pulmonar focal. Responde a corticoides y tiene un buen pronóstico.

Bibliografía

1. Pallás Beneyto LA. Neumonía criptogénica organizada en el anciano. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2009;44:167-8.
2. Gómez Nebreda MJ, Álvarez-Sala W. Bronquiolitis. Neumología clínica, 2ª ed. Capítulo 28, 214-24.

Palabras clave: BONO. Bronquiolitis obliterante.