



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4568 - INFECCIÓN RESPIRATORIA Y ANEMIA HEMOLÍTICA

A. García Antuña^a, M. Gallego Villalobos^b, M. Fornos Rodríguez^c y D. García Palma^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Felguera. Langreo. Asturias. ^bMédico especialista en Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Asturias. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrondio. San Martín del Rey Aurelio. Asturias. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 82 años sin alergias conocidas. Exfumador desde 2001 80 paquetes/año. Esclerosis múltiple forma primaria progresiva con paraparesia espástica. Acude a su médico por cuadro catarral de semanas de evolución con escasa expectoración y picos febriles. Tras anamnesis y la exploración se decide realizar una radiografía. Se pauta tratamiento con amoxicilina/clavulánico y Paracetamol y ver evolución en 48-72 horas. Además el paciente refería astenia intensa de 2 meses de evolución, por lo que se hizo analítica completa. Acude a revisión sin mejoría y para ver resultados: observando anemia y aumento de densidad basal derecha. Se deriva al hospital para ingreso en medicina interna. Ante la anemia con elevación de bilirrubina y LDH se sospecha hemólisis. Esto añadido a la neumonía hace sospechar una atípica. Se confirma la sospecha de anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos, tras Coombs positivo y crioprecipitinas. Una serología IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae* confirma el diagnóstico de sospecha. Se pautó tratamiento con azitromicina y se añadieron esteroides. Ante la falta de respuesta a estos últimos se añadió rituximab con buena respuesta. Destacar que el tratamiento con rituximab mejoró de forma importante su esclerosis múltiple.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 38,3 °C. TA: 136/73. FC: 80. SatO2 96%. Estado general conservado, palidez cutáneo-mucosa. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar roncus dispersos, predominio derecho. Glucosa 120, FG N. PCR 282. Hb 8,3, (VCM 85,1, HCM 21,7), plaquetas 6860.00, leucocitos 20.000. Rx tórax: aumento densidad basal derecha. Prots 59, albúmina 30, Bi 2,8, LDH 1.316, PCR 239. Tasa 69%. Gases arteriales: pH 7,48, pO2 64, pCO2 33. Frotis sangre periférica: esferocitos. Test Coombs directo positivo. Serología: *Mycoplasma pneumoniae* Ig M.

Orientación diagnóstica: Neumonía atípica por *Mycoplasma pneumoniae* y AH por Ac fríos.

Diagnóstico diferencial: Neumonía típica, tuberculosis.

Comentario final: Ante cualquier paciente con clínica de infección respiratoria y aumento densidad en radiografía hay que sospechar neumonía. Por su prevalencia la primera causa sería neumococo. Si tras 72 horas no hay mejoría sospechar otros agentes infecciosos como *Legionella*, ayudándonos los antígenos en orina. En este caso la clínica de infección respiratoria y la anemización que sufrió el

paciente durante el ingreso, llevaron a descartar agentes productores de neumonías atípicas: Mycoplasma y Chlamydia pneumoniae.

Bibliografía

1. Baum SG. Mycoplasma pneumoniae infection in adults. UpToDate, 2018.

Palabras clave: Neumonía. Anemia.