



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1871 - NEUMONÍA QUE NO RESPONDE A ANTIBIOTERAPIA, ¿SERÁ EL DIAGNÓSTICO CORRECTO?

A. Moscoso Jara^a, Á. Navas Moruno^b, M. Guerrero Cruces^c y C. Aguado Taberné^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no alergias. HTA, fibrilación auricular, DM tipo 2, IRC, ICC II-III. Tratamiento: bisoprolol 2,5 mg/24h, gliclazida 30 mg/24h, candesartán 16 mg/24h, apixabán 2,5 mg/24h. Enfermedad actual: paciente de 87 años que acude por llevar varios días con aumento del diámetro en las piernas, disnea y recorte de diuresis. No fiebre, mucosidad ni tos. Se le auscultan crepitantes bibasales. Constantes normales. Le pautamos furosemida 40 mg/24 horas. Vuelve a acudir sin mejoría, intensificamos tratamiento diurético y le mandamos una radiografía de tórax. A la semana ha mejorado y le repetimos la radiografía. Como la radiografía sigue igual y el paciente continúa con clínica, lo derivamos a Urgencias donde lo ingresan e intensifican tratamiento diurético vía intravenosa. Le hacemos una tercera radiografía donde continúa el infiltrado. Consultamos con Radiología, a quienes les sugiere neumonía. Le mandamos levofloxacino 500 mg/24 horas y se le realiza un TC de tórax, que sugiere neumonía organizada, pautando deflazacort 30 mg/24h un mes.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: glucosa 90, urea 136, creatinina 2,1, iones normales, PCR 76,35, procalcitonina 0,03, proBNP 4.222. GSA: normal. ECG: arrítmico a 90 lpm. Radiografía de tórax: infiltrado perihiliar alveolar con varias condensaciones. TC de tórax: condensaciones parcheadas en todos los lóbulos pulmonares con componentes sólidos, otros en vidrio deslustrado y otros de morfología "arciforme".

Orientación diagnóstica: Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada.

Diagnóstico diferencial: Neumonía infecciosa (respondería a antibioterapia), insuficiencia cardíaca (respondería a diuréticos), infección por Mycobacterium tuberculosis (baciloscopias y Mantoux positivos), tromboembolismo pulmonar (dímero D negativo y angioTC normal), sarcoidosis (estudios reumatológicos negativos) o carcinoma pulmonar.

Comentario final: Cuando las pruebas complementarias y la clínica no se correlacionen ni respondan al tratamiento pautado, debemos abrir el abanico diagnóstico y pensar en otras patologías. Nuestro paciente no tenía clínica de infección, sino de insuficiencia cardíaca. Sin embargo, el diagnóstico definitivo no era un tipo de neumonía que no responde a antibioterapia sino

a corticoides.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Rodríguez García JL. Diagnóstico y tratamiento Médico, 5ª ed. Madrid. Marbán; 2013.

Palabras clave: Neumonía.