



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2401 - NEUMONÍA REFRACTARIA A TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

A. Afonso Luis^a, F. Guerrero Sbaa^b y P. García Marcos^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años que refiere desde hace aproximadamente un mes un cuadro caracterizado por tos persistente con escasa expectoración blanquecina-amarillenta. Acudió a su médico de familia quien pauta tratamiento broncodilatador. Regresa porque desde hace 15 días presenta además fiebre. Ante la sospecha clínico-exploratoria de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se pautó tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8 horas/8 días. A pesar del tratamiento antibiótico vuelve al centro de salud porque la fiebre persiste, junto con disnea de máximos esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Frecuencia cardiaca 100 lpm. Tensión arterial: 106/66 mmHg, Saturación de oxígeno 95% basal, Temperatura 38,2 °C. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes gruesos en los dos tercios superiores de hemitórax derecho, sin broncoespasmo. Se realiza una radiografía de tórax donde se observa un patrón de consolidación en lóbulo superior derecho. Se deriva al hospital para estudio y diagnóstico. En la analítica realizada en el Servicio de Urgencias destaca: hemoglobina 12,1 g/dl; leucocitos 15,58; neutrófilos 40,5%; linfocitos 8,0%; eosinófilos 46,2%. Proteína C reactiva 20,01 mg/dl; procalcitonina 0,05 ng/ml. En el TAC se observan áreas de consolidación parenquimatosa que afectan fundamentalmente hemitórax derecho y zonas periféricas del lóbulo superior izquierdo. Se asocia adenopatías mediastínicas superiores bilaterales de hasta 19 mm de diámetro. Mínimo derrame pleural derecho. Se realiza un lavado broncoalveolar donde se hallan 5.000 cél/μl, eosinófilos 86%, linfocitos 3,49% y neutrófilos 8,69%.

Orientación diagnóstica: Hallazgos compatibles con neumonía eosinofílica.

Diagnóstico diferencial: Neumonía eosinofílica aguda vs crónica.

Comentario final: Ante la sospecha de una NAC que persiste refractaria a tratamiento antibiótico se debe prestar atención a otros datos clínicos, analíticos o radiográficos que orienten el cuadro hacia otros procesos, como en este caso, la neumonía eosinofílica, cuyo tratamiento consiste en corticoterapia sistémica, habitualmente prednisona 40-60 mg/24 horas, con respuesta clínica casi inmediata.

Bibliografía

1. Collard HR. Generalidades de las enfermedades pulmonares eosinofílicas, neumonía eosinofílica crónica y neumonía eosinofílica aguda. Manual MSD, Versión para profesionales [Internet]. Universidad de California San Francisco. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/enfermedades-pulmonares-intersticiales/generalidades-de-las-enfermedades-pulmonares-eosinofílicas>;
<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/enfermedades-pulmonares-intersticiales/neumonía-eosinofílica-crónica>;
<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/enfermedades-pulmonares-intersticiales/neumonía-eosinofílica-aguda>
2. Pérez Delgado FJ, López Gómez EA, García Panal J. Neumonía eosinofílica crónica. Clínica cotidiana, Med Gen Fam 2017;6:2.

Palabras clave: Neumonía eosinofílica. Eosinofilia.