

Caso clínico

# NEUMONÍA POCO FRECUENTE EN VARÓN JOVEN

**Eva Pablos Herrero,<sup>1</sup> Montserrat Rubio Villar,<sup>2</sup>  
Laura Clotet Romero<sup>3</sup>**

1 Médica de familia. CAP Sant Oleguer (Sabadell)

2 Médica de familia. CAP Canaletes (Cerdanyola del Vallès)

3 Médica de familia. Unitat de Tuberculosis (Terrassa)

## **CORRECTORES**

Montserrat Balagué (Comité editorial)

José Paredes (Grupo de trabajo GERMIAP)

Correspondencia:

**Eva Pablos Herrero**

CAP Sant Oleguer

C. Sol i Padrís, 56-60

08203 Sabadell

Dirección electrónica: [evapablos@gmail.com](mailto:evapablos@gmail.com)

Publicado: 1 de junio del 2009

Butlletí 2009, 27:7

Este artículo está disponible en:

[http://butlleti.camfic.org/Volum\\_26/CC\\_Neumonia\\_Jove\\_CAST.aspx](http://butlleti.camfic.org/Volum_26/CC_Neumonia_Jove_CAST.aspx)

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Introducción

Las neumonías eosinofílicas son una variedad heterogénea de enfermedades infiltrativas del pulmón, donde el parénquima pulmonar se ve ocupado mayoritariamente por eosinófilos. En la práctica clínica se ha diferenciado la neumonía eosinofílica de causa desconocida y la secundaria <sup>1</sup>

## Descripción

Varón 18 años. Antecedentes patológicos: hipertrofia adenoidea y rinitis alérgica. Consulta por tos y dolor en hemitórax izquierdo. El ECG y la radiografía de tórax son normales por lo que se pauta tratamiento sintomático. A las 2 semanas persiste el dolor y fiebre de 39°C. Nueva radiografía de tórax que muestra una condensación apical izquierda, infiltrado lóbulo superior derecho (**figura 1**). Se practica PPD que es negativo. Se inicia tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico sin mejoría. Se envía al hospital. Analítica: leucocitos 10.942 (16% eosinófilos), VSG 80, resto normal. TAC tórax: afectación alveolar en vidrio deslustrado en campos superiores y distribución periférica. Broncoscopia y LBA (40% eosinófilos) orientan hacia neumonía eosinofílica. Se administra corticoterapia con resolución clínica y radiológica en 72 horas. Se ha realizado seguimiento del paciente durante 6 meses, con recaída del proceso al disminuir la dosis de corticoides, actualmente en tratamiento crónico <sup>5</sup>. El diagnóstico actual es neumonía eosinofílica crónica.

**FIGURA 1.** Radiografía de tórax postero-anterior



## Discusión

En este caso la sospecha clínica de la enfermedad se ha planteado tras el fracaso de la terapia antimicrobiana instaurada para el tratamiento de una posible neumonía de etiología infecciosa. En esta enfermedad la eosinofilia es típica, según series entre un 85-95% de los pacientes <sup>3</sup>. La VSG se encuentra en valores cercanos a 100, radiológicamente presenta infiltrados alveolares de distribución periférica. La combinación de eosinofilia periférica junto con la clínica y la radiología pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico. Estos hallazgos combinados con los aportados por el LBA sustentan el diagnóstico y pueden evitar la realización de biopsia en muchas ocasiones <sup>4</sup>. El tratamiento de elección son los glucocorticoides a dosis de 0,5-1mg/kg/24horas con una mejoría espectacular a las 48 horas. Dentro de las neumonías eosinofílicas la más frecuente es la crónica, un 30% de los pacientes con eosinofilia crónica cursan con antecedentes alérgicos, las recaídas son frecuentes y el tratamiento se ha de continuar como mínimo durante 6 meses <sup>6</sup>. El diagnóstico diferencial se realiza con la aspergilosis pulmonar alérgica, y los Síndromes de Löfller, de Churg-Strauss y hipereosinofílico idiopático <sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Sánchez Hernández I, Izquierdo Alonso JL, Castela Naval J. Eosinoflias pulmonares. *Medicine* 1997; 7 (40).

2. Harrison. Principios de Medicina Interna 14 edición. Mc Graw Hill.
3. Schatz M, Wasserman F, Paterson R. Eosinophils and immunologic lung disease. Med Clin North America 1981; 65.
4. Eosinophilic pneumonias. Allergy 2005;60 (7):841-857.
5. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic Lung Diseases. Am J Respir Crit Care Med 1994; 150: 1423-38.
6. Tordera Higón P, Andreu Rodríguez AL, Gómez Merino J. An Med Interna 2004 (Madrid) 21(8)391-394.