

CASO CLÍNICO PARA LA REUNIÓN DE LA SMMC 2016

Autoras: Cristina García Salguero, Laura López González

*Residentes de 4º Año del HCSC

Historia Clínica

Varón de 41 años, sin antecedentes personales de interés, de nacionalidad española, residente en Brasil desde hace 3 años. Trabaja como abogado realizando múltiples viajes por el interior del país. Realizó vacunación internacional antes de irse (no sabe especificar qué vacunas pero acudió al Centro de Salud Exterior).

Como antecedentes personales de interés refiere tuberculosis pulmonar en la infancia, desconociendo tratamiento recibido. No fumador, no bebedor, no prácticas sexuales de riesgo.

Motivo de consulta

Acude a nuestro hospital para realizar tratamiento y explica que en diciembre 2014 acudió a un centro hospitalario de Brasil por presentar un cuadro de astenia, debilidad en MMII, artralgias y pérdida de hasta 7 Kg de peso de un mes, acompañado de episodios de fiebre de hasta 38,5°C. No refería en aquel momento tos, expectoración ni otros síntomas añadidos. La exploración física fue normal. Se realizó analítica en la que no aparecieron alteraciones. Se le extrajeron unos hemocultivos que fueron negativos.

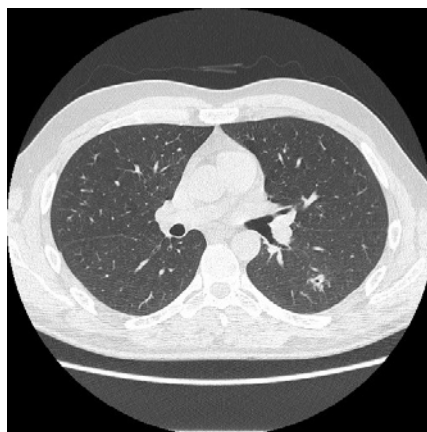
Al cabo de una semana los síntomas empeoraron y el paciente comenzó con rinorrea. Se diagnosticó de posible gripe y se le pautó tratamiento sintomático. Sin embargo, el paciente no mejoraba y la fiebre llegó a ser de 39°C por lo que acudió a urgencias donde se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Radiografía tórax PA y lateral: Se observa infiltrado basal derecho.
- Antígeno de Legionela y Neumococo en orina: negativo.
- Cultivo de esputo: flora habitual del tracto respiratorio.
- Hemograma y bioquímica: Leucocitos 13.200 (90% NT). PCR 4.25 mg/dL. Cr 1.99 mg/dL, FG 36 mL/min. Resto sin alteraciones.

Con estos resultados se le diagnostica de neumonía basal derecha, pautando tratamiento antibiótico (el paciente no sabe precisar) con leve mejoría.

Posteriormente, en febrero 2015 acude de nuevo al hospital por empeoramiento de la astenia y aumento de pérdida de peso sin referir otra clínica, motivo por el cual se amplía el estudio y se solicitan las siguientes pruebas complementarias:

- TAC torácico: en el parénquima pulmonar se visualiza un nódulo cavitado de unos 15 mm en el lóbulo inferior izquierdo, con múltiples micronódulos satélites. Se observa asimismo un nódulo milimétrico adyacente pericisural en el LII. No se observan adenopatías torácicas de tamaño significativo. Pequeño ganglio adyacente a la cava inferior de 7 mm. No hay derrame pleural ni pericárdico. No se visualizan otras alteraciones en el parénquima pulmonar. (Ver imagen).



Se decidió realizar una broncoscopia con extracción de broncoaspirado para estudio microbiológico:

- Bacteriológico y hongos negativo. *Pneumocystis jirovecii* (-).
- Micobacterias: Ziehl x3 seriados en esputo y orina (-). Cultivo de Lowenstein y MGIT (-). PCR de muestra directa (-).

Exudado nasofaríngeo: PCR de virus respiratorios (-).

Serologías: *Chlamydia pneumoniae* IgM e IgG (-), *Mycoplasma pneumoniae* IgM e IgG (-). El diagnóstico final se hizo a partir de esta muestra.