

Pèrdua de pes, febre i infiltrats pulmonars. No és tuberculosi!

Sandra Paredes¹, Ricardo Losno², Adrián Téllez², Celia Cardozo³, José Ramirez⁴,
Carolina Garcia Vidal³, Álex Soriano³

¹Medicina Familiar i Comunitària. CAPSE, ²Servei de Medicina Interna, ³Servei de Malalties Infeccioses,

⁴Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Clínic. Barcelona

Nom autor: Sandra Paredes

Lloc de treball: Hospital Clínic

Data recepció: 09.10.2016

Data acceptació: 07.11.2016

mail: saparedes@clinic.cat

Forma de citació: Paredes S, Losno R, Téllez A, Cardozo C, Ramirez J, Soriano A. *Pèrdua de pes, febre i infiltrats pulmonars. No és tuberculosi*. ReMUE.c@t 2017;4(2):32-34

MOTIU DE CONSULTA: Febre de 2 dies d'evolució i infiltrats pulmonars.

ANTECEDENTS PERSONALS: Dona de 31 anys, natural de República Dominicana, viu des de l'any 2000 a Catalunya; sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics. Viu a casa amb 7 persones més, i treballa de cambrera. Antecedents de rinitis al·lèrgica i d'hiperactivitat bronquial sense filiar. Sense medicació habitual

MALALTIA ACTUAL: Va ser derivada del CAP per quadre de febre de fins a 39° amb calfreds de dos dies d'evolució, sudoració profusa i tos lleu sense expectoració. A més la pacient referia pèrdua de pes en els últims tres mesos d'aproximadament 10kg que associava a inici de nova activitat laboral.

EXPLORACIÓ FÍSICA: Prima. Diaforètica. No edemes. Sorolls cardíacs rítmics lleugerament taquicàrdics, polsos presents. Hipofonesi en ambdós àpex pulmonars. No crepitants ni sibilants. Abdomen tou i depressible. No alteracions neurològiques.

PROVES COMPLEMENTÀRIES A URGÈNCIES: A urgències es va realitzar una radiografia de tòrax que va mostrar opacitats pulmonars de predomini perifèric i apical. A l'analítica es va evidenciar una PCR de 10 mg/dl, creatinina 0,46 mg/dl, Sodi 134 mEq/l, Potassi 3,3 mEq/l, Leucòcits 15170. Hematòcrit 34%. Hemoglobina 113 g/L. Neutròfils 7900, Limfòcits 2900. Monòcits 1200, Eosinòfils 3000. Hemocultius negatius. Cultiu d'esput amb tinció de Gram urgent negatiu. Baciloscòpia urgent negativa. Antigenúria per *Legionella* i *Pneumococ* negativa. VIH negatiu.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES: Es va orientar inicialment com a síndrome febril associat a infiltrats pulmonars i eosinofília a descartar pneumònia atípica, granulomatosi eosinofílica amb poliangeïtis, Síndrome de Löeffler i hiperinfestació per *Strongyloides stercoralis*.

EVOLUCIÓ CLÍNICA I PROVES COMPLEMENTÀRIES FORA D'URGÈNCIES: Davant la sospita inicial de pneumònia atípica es va iniciar empíricament teràpia antibiòtica amb ceftriaxona i azitromicina. Per a completar l'estudi etiològic de l'eosinofília perifèrica es va sol·licitar estudi d'autoimmunitat amb resultats no significatius; així com despistatge d'infeccions parasitàries (serologies, detecció en orina i femta) amb resultats negatius. Es va realitzar un PPD que fou negatiu. Es va realitzar un TC toràcic d'alta resolució en el qual s'observaven àrees de consolidació bilaterals de predomini en camps superiors, encara que també en mig i inferiors, i adenopaties infracentimètriques; tot suggestiu de pneumònia eosinofílica crònica com a primer diagnòstic. Per a completar l'estudi es va sol·licitar una fibrobroncoscòpia amb rentat broncoalveolar per a recompte cel·lular i biòpsia transbronquial per a estudi anatomopatològic. L'estudi va mostrar 55% d'eosinòfils en el recompte cel·lular i la biòpsia bronquial va mostrar infiltració per eosinòfils. Un cop feta una valoració conjunta amb el servei de pneumologia, es va iniciar corticoteràpia. Posterior a l'inici de la medicació corticoidea s'objectiven millores analítiques amb disminució important de la PCR i de l'eosinofília. Es dona d'alta pendent de radiologia toràcica de control i amb 40mg de prednisona al dia.

DIAGNÒSTIC FINAL:

Pneumònia eosinofílica crònica

DISCUSSIÓ: La pneumònia eosinofílica crònica (NEC) va ser descrita per primera vegada el 1969, és un trastorn idiopàtic caracteritzat per una acumulació anormal i marcada d'eosinòfils en els espais intersticials i alveolars pulmonars.

Clínicament, els pacients presenten tos, dispnea i pèrdua de pes de mesos d'evolució i radiològicament es caracteritza per la presència d'un infiltrat perifèric i homogeni "en negatiu d'edema agut de pulmó". El diagnòstic diferencial de la NEC inclou la pneumònia eosinofílica aguda, pneumònia eosinofílica secundària a fàrmacs, infeccions per fongs i/o paràsits, l'aspergil·losi broncopulmonar al·lèrgica, la granulomatosi eosinofílica amb poliangeïtis i la pneumònia organitzativa. En el líquid del rentat broncoalveolar s'ha d'evidenciar una eosinofília de més del 25%. El diagnòstic de la NEC es realitza per la combinació de la presentació clínica típica, troballes radiològiques i el recompte de cèl·lules en el rentat broncoalveolar. La biòpsia pulmonar normalment no és necessària.

El nostre cas tracta d'una dona d'origen llatinoamericà derivada del CAP al servei d'Urgències per clínica de febre de tan sols dos dies d'evolució, tos i pèrdua de pes. A l'anàlisi sanguínia cridava l'atenció l'elevació de reactants de fase aguda i una eosinofília significativa. Es va decidir l'ingrés al Servei d'Infeccions a on es va realitzar un TC que mostrava imatges compatibles. Davant la clínica atípica de tan sols dos dies d'evolució de la febre es va decidir realitzar una fibrobroncoscòpia amb rentat broncoalveolar i realització de biòpsies transbronquials abans d'iniciar corticoteràpia. A l'anatomia patològica es va evidenciar inflamació mixta amb predomini de granulòcits eosinòfils. A més, a la microbiologia del rentat broncoalveolar no es va aïllar cap microorganisme.

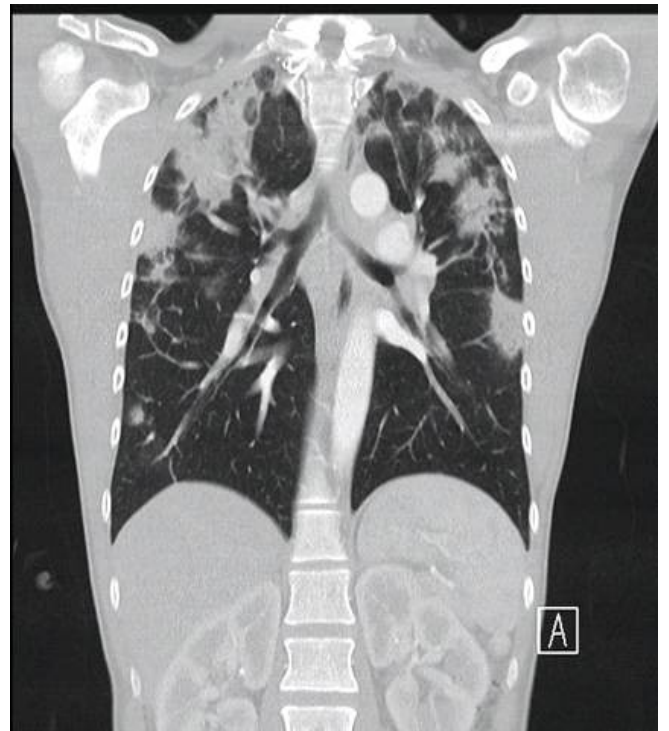
El que es pot aprendre d'aquest cas és la importància d'un pla de treball organitzat i seqüencial per a poder arribar al diagnòstic d'una malaltia rara i iniciar el tractament específic amb bases sòlides per tal de disminuir el risc de iatrogenia o efectes adversos innecessaris.

11. BIBLIOGRAFIA

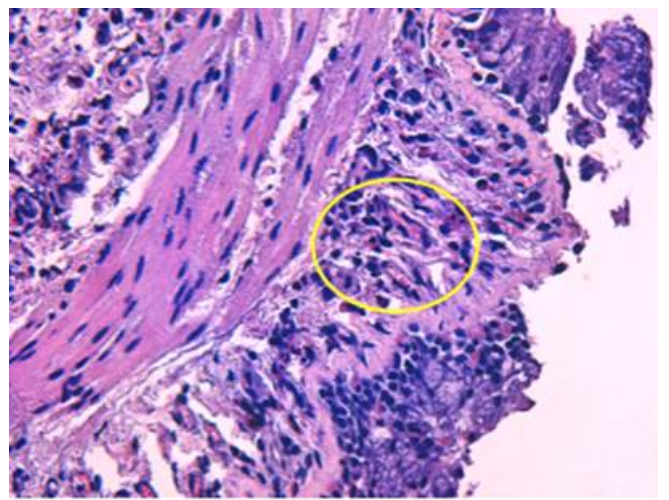
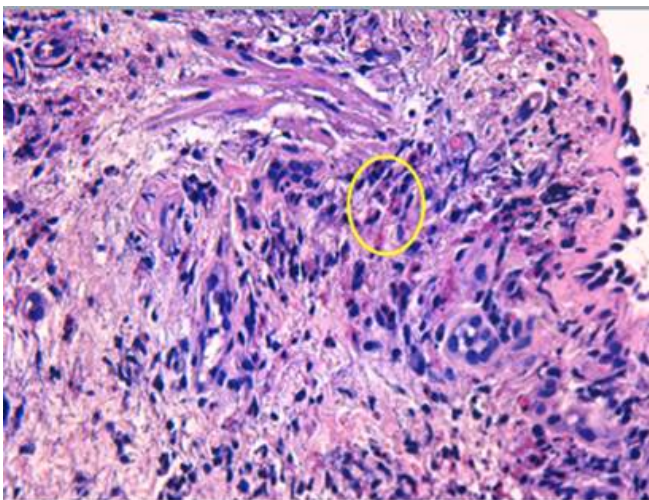
- Ishiguro T, Takayanagi N, Uozumi R, Tada M, Kagiya N, Takaku Y, Shimizu Y, Sugita Y, Morita. The Long-term Clinical Course of Chronic Eosinophilic Pneumonia. *S. Intern Med.* 2016; 55(17): 2373-7. doi: 10.2169/internalmedicine.55.6765. Epub 2016 Sep 1.
- Saukkonen K, Sharma A, Mark EJ. CASE RECORDS of the MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. Case 8-2016. A 71-Year-Old Man with Recurrent Fevers, Hypoxemia, and Lung Infiltrates. *N Engl J Med.* 2016 Mar 17;374(11):1077-85. doi: 10.1056/NEJMcpc1505680. No abstract available.
- Marchand E, Cordier JF. Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia. *Orphanet J Rare Dis.* 2006 Apr 6;1:11. Review.
- Tzilas V, Bastas A, Koti A, Papandrinopoulou D, Tsoukalas G. A 77 year old male with peripheral eosinophilia, pulmonary infiltrates and a small pleural effusion. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2009;13(3):227-32.
- Lahoz Tornos A, Orcastegui Candial JL. Neumonía eosinofílica crónica en la provincia de Soria (1995-2004). Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica Española.* 2009(3):131-135.



Imatge 1: Radiografia de tòrax que mostra opacitats pulmonars de predomini perifèric i apical.



Imatge 2: TC de tòrax consolidació bilaterals de predomini en camps superiors.



Imatges 3 i 4: Anatomia patològica de biòpsia pulmonar que mostra mucosa bronquial amb inflamació de predomini eosinofílic. Eosinòfils marcats amb cercle.