



Clínica cotidiana

Neumonía eosinófila crónica

Francisco Javier Pérez Delgado*, Enrique Alberto López Gómez, Javier García Panal

Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de enero de 2016

Aceptado el 24 de octubre de 2016

On-line el 28 de abril de 2017

Palabras clave:

Neumonía eosinófila crónica

Eosinofilia

Radiografía de tórax

Lavado broncoalveolar

Corticoides

R E S U M E N

La neumonía eosinófila crónica (NEC) es una entidad poco frecuente, de etiología aún desconocida. En algunas ocasiones se sospecha con el fracaso del tratamiento antimicrobiano de una neumonía.

Presentamos el caso de una mujer joven que consulta por un cuadro de disnea, tos y astenia, de varias semanas de evolución en la que se inicia tratamiento antibiótico por sospecha de neumonía.

La ausencia de respuesta al tratamiento y las pruebas complementarias nos permiten sospechar una NEC. La paciente mejora a los pocos días de iniciar tratamiento con corticoides.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Chronic eosinophilic pneumonia

A B S T R A C T

The chronic eosinophilic pneumonia (NEC) is a rare entity still unknown etiology. Sometimes it is suspected failure of antimicrobial treatment of pneumonia.

We report the case of a young woman who consults for dyspnea, cough and fatigue of several weeks of evolution in which antibiotic treatment is initiated for suspected pneumonia.

The lack of response to treatment and complementary tests allow us to suspect NEC, improving patient within a few days of starting treatment with corticosteroids.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Chronic eosinophilic pneumonia

Eosinophilia

Chest radiography

Bronchoalveolar lavage

Corticosteroids

Mujer de 37 años de edad, con antecedentes de asma bronquial, sin seguimiento ni régimen terapéutico crónico, que suele tratar con salbutamol inhalado a demanda. Además, presenta un trastorno ansioso depresivo en tratamiento con duloxetina (60 mg) y lorazepam (1 mg). Es fumadora de una cajetilla de tabaco al día.

Consulta a su médico de atención primaria por un cuadro de astenia, tos y disnea de dos o tres semanas de evolución.

La exploración física es normal.

Se realiza tratamiento sintomático con analgésicos (paracetamol) y se recomienda el uso razonable del broncodilatador inhalado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.012>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



Figura 1

A los diez días vuelve a consultar por persistencia de los síntomas. Se añade en esta ocasión la presencia de febrícula e insiste en la intensa astenia y la disnea progresiva.

Se solicita radiografía de tórax urgente (Figs. 1 y 2), en la que se aprecian infiltrados periféricos predominantes en el hemitórax derecho.

Se remitió a la paciente a Urgencias del hospital con sospecha clínica de neumonía bilateral.

A su llegada a Urgencias la paciente presenta aceptable estado general. Aparenta discreta disnea, con saturaciones en torno a 93-94 %, con 37,4 °C de temperatura y parámetros hemodinámicos dentro de la normalidad. La auscultación cardiopulmonar muestra sibilantes dispersos por ambos hemitórax.

En el reintrogatorio se corrobora lo expuesto por su médico de atención primaria: cuadro de varias semanas de evolución consistente en astenia y disnea progresiva, esta última a moderados-mínimos esfuerzos en los últimos días, con sensación febril y tos irritativa persistente.

Se procede al curso de las pruebas complementarias y se inicia tratamiento antibiótico empírico en el Área de Observación.

En la analítica destaca leucocitosis (15.337 μ /L), con 31,3 % de eosinófilos, con fibrinógeno y PCR elevados. En la gasometría arterial pO_2 57 mmHg, pCO_2 49 mmHg y pH 7,34.

Se consulta el caso con la Unidad de Enfermedades Infecciosas y la paciente queda ingresada a su cargo.

Conforme pasan los días no hay muestra de mejoría y comienzan a llegar los resultados de las pruebas complementarias que se habían solicitado: VSG elevada, hemocultivos negativos, baciloscopias negativas, serología para VIH negativa, proteinograma inespecífico.

La TAC de tórax muestra los infiltrados en forma de opacidades bilaterales en vidrio deslustrado, evidenciables en la radiografía, sin poder demostrar la presencia de masas pulmonares.

A los 9 días continúa sin haber mejoría sintomática y se procede a la realización de fibrobroncoscopia, que tampoco encuentra hallazgos de interés.



Figura 2

Se realiza lavado broncoalveolar (BAL) que muestra predominio de eosinófilos. La biopsia resulta negativa para células tumorales y muestra una marcada presencia de eosinófilos.

Se interrumpe el tratamiento antibiótico y se inicia tratamiento corticoideo (prednisona, 60 mg al día). La mejoría clínica es significativa a los 4 o 5 días de su inicio, si bien una radiografía de tórax de control continúa mostrando el parcheado bilateral presente previamente.

Tras aproximadamente 4 semanas de ingreso hospitalario, los síntomas han desaparecido por completo así como los infiltrados radiológicos.

Se permite el alta de la paciente y su seguimiento ambulatorio, que continúa sin incidencias llamativas. La dosis actual es de 5 mg diarios de prednisona. En el momento de elaboración de este trabajo se cumplen unos 6 meses de seguimiento.

Comentario

La neumonía eosinófila crónica (NEC) es una entidad de etiología desconocida, englobada inicialmente en el grupo de enfermedades en las que se asociaban eosinofilia y patología pulmonar hasta el año 1969, cuando queda definida como una entidad propia¹.

La NEC es poco frecuente y afecta más al sexo femenino en edades medias de la vida. Se ha observado menor prevalencia en la población fumadora, aunque aún se discute si el tabaco se comporta como un factor de protección².

Los síntomas más frecuentes son los propios de un proceso infeccioso del sistema respiratorio, con tos, fiebre o febrícula

y cierto grado de disnea. Estos síntomas suelen seguir un patrón subagudo de semanas, incluso meses, de evolución. Tal y como exponemos en el trabajo que presentamos, no es infrecuente su sospecha ante el fracaso terapéutico de una posible neumonía^{2,3}.

La sospecha diagnóstica se basa en la presencia de infiltrados periféricos en la radiografía de tórax y la de eosinófilos en sangre periférica, si bien la confirmación del diagnóstico exige la demostración de eosinofilia pulmonar (BAL o biopsia)^{2,4,5}.

En el diagnóstico diferencial se deben manejar varias entidades, como el síndrome de Churg-Strauss y la aspergilosis pulmonar, por ejemplo, pero sobre todo la neumonía eosinófila aguda (NEA), cuadro que suele cursar con insuficiencia respiratoria grave⁶. Varias son las diferencias entre ambos cuadros:

- Duración de los síntomas y signos: pocos días en la NEA y más larvado e insidioso en la NEC (semanas e incluso meses).
- Al contrario de lo que sucede en la NEC, en la NEA no se suelen encontrar eosinófilos en sangre.
- El BAL de la NEC suele mostrar predominio de eosinófilos; el BAL de la NEA muestra eosinófilos, neutrófilos y linfocitos.
- En la radiografía de tórax de la NEC solemos encontrar infiltrados periféricos; esos infiltrados suelen ser difusos en la NEA.
- La insuficiencia respiratoria grave es una complicación frecuente de la NEA; más rara es su presentación en la NEC.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el empleo de corticoides. La respuesta es casi inmediata y se observa mejoría a los pocos días de haberse iniciado. Tal es así, que en pacientes en los que no se observa respuesta al tratamiento corticoideo se debe poner en duda el diagnóstico de NEC^(2,3,7). Una vez alcanzada la remisión se debe continuar con el tra-

tamiento al menos durante 6 meses, a dosis mínimas, con el fin de evitar posibles recaídas.

El pronóstico de esta entidad suele ser favorable, si bien es cierto que en ocasiones pueden desarrollarse complicaciones, como el desarrollo de fibrosis pulmonar^{7,8}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrington CB, Addington WW, Gelf AM, Madoff IM, Marks A, Schwaber JR, et al. Chronic eosinophilic pneumonia. *N Engl J Med*. 1969; 280: 787-98.
2. Martínez Campos T, Ramírez Arroyo V, Arroyo Domingo A, Villafañe Olmedo M. Neumonía eosinófila crónica: a propósito de un caso. *Semergen*. 2011; 37: 321-3.
3. Alam M, Burki N. Chronic eosinophilic pneumonia: A review. *South Med J*. 2007; 100: 49-53.
4. Mendes L, Ferreira L. Pulmonary eosinophilia. *J Brass Pneumol*. 2009; 35: 561-73.
5. Mahmood A, Nausherwan KB. Chronic eosinophilic pneumonia: a review. *Sout Med J*. 2007; 100: 49-53.
6. Allen J, Magro C, King M. The eosinophilic pneumonias. *Semin Respir Crit Care Med*. 2002; 23: 127-34.
7. Tordera Higón P, Andreu Rodríguez AL, Gómez Merino E, Pastor Esplá E, Jiménez Ródena J, Chiner Vives E. Dos nuevos casos de neumonía eosinófila crónica: Revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid)*. 2004; 21: 33-6.
8. Allen JN, Magro CM, King MA. The eosinophilic pneumonias. *Semin Respir Crit Care Med*. 2002; 23: 127-34.