Semergen. 2015;41 (Espec Congr):540

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/121 - CATARRO QUE NO REMITE

C. Domínguez Mosquera[a], R. Grande Grande[b], A. Santos Urrutia[c], J.L. González Fernández[d], E.M. Bengoechea Botín[e], P. Bengoechea Botín[f], D.F. Mariño Cifuentes[g], R. Pérez Bol[h], S. Crespo González[i] y L. Peralta Munguia[j]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Arrayanes. Linares. Jaén. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria. [d]Médico de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Cotolino Castro-Urdiales. Cantabria. [g]Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Ampuero. Cantabria. [h]Médico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. [i]Médico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. [j]Médico de Familia.Centro de Salud Potes. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 83 años que acude por fiebre 39 que baja con antitérmicos y tos, se le trata con antibiótico, acude de nuevo a los 9 días por persistir la tos, sin fiebre y cansancio, se niega a que le hagan radiografía, se niega a inhalador, dice que solo necesita un jarabe como su nieto, añadimos por acp terbasmin expectorante, al no mejorar vuelve a nosotros a los 23 días y accede a que le pidamos Rx tórax y damos inhalador. Exfumador de 20 años de 7 cigarrillos días. Alergia a penicilina y derivados. Operado de ambas caderas.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales, roncus dispersos. Analítica normal. Rx tórax: patrón intersticial reticular bilateral de predominio periférico y en bases, aunque también se ve en LSD sugestivo de neumopatía intersticial.(fibrosis pulmonar).

Juicio clínico: Fibrosis pulmonar es una enfermedad poco frecuente, de etiología desconocida, pertenece al grupo de neumopatías intersticiales. Es una enfermedad inflamatoria crónica que progresa a destrucción irreversible del parénquima pulmonar, con más frecuencia en hombres, en pacientes entre 50-70 años. Presentan disnea de esfuerzo como síntoma más frecuente, tos seca, acropaquias, auscultación pulmonar crepitantes, Rx tórax afectación más frecuente de lóbulos inferiores del pulmón. Da un patrón espirometría restrictivo, presenta un mal pronóstico con una svv media de 5 años, con causa de muerte más frecuente insuficiencia respiratoria progresiva o el cor pulmonar y el principal tratamiento son los corticoides y en algún caso el trasplante pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca, bronquitis, asma, enfisema, carcinoma bronquial, cor pulmonar, hipertensión pulmonar. Otras neumopatías intersticiales.

Comentario final: Ante una clínica semejante que se repite durante meses en brotes con una auscultación semejante, hay que realizar primeramente una historia clínica exhaustiva y pedir pruebas complementarias para descartar afectación cardiopulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baladrón Romero J. Neumología y cirugía torácica, capitulo XV enfermedad pulmonar intersticial, curso intensivo Mir Asturias, 1999:380-2.

2. Farreras Rozman, Medicina interna, vol 2, sección 5 Neumología, enfermedades intersticiales difusas del pulmón, enfermedades intersticiales de etiología desconocida, Doyma, 1992: p.792.

3. Davis BW. Crystal RG. Chronic intersticial lung disease. En: Simmons DH (ed): Vol 5. Nueva York, John Wiley, 1984;374-474.

4. Schwarz MI. King TE. Interstitial lung diseases. Toronto, BC Decker, 1988.

5. Jordana M, Xaubet A. Gauldie J. Fibrosis pulmonar: perspectivas actuales, Arch Bronconeumol. 1989;25:336-44.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.