Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):116

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3141 - TOS SOSPECHOSA

C. Montilla Martínez[a], S. Milán Gutiérrez[b] y L. López Puerta[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santo Domingo. Distrito Poniente. El Ejido. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente. Almería. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años que consulta por tos seca persistente y sensación disneica a esfuerzos moderados progresiva, de un mes de evolución, niega fiebre ni dolor costal. Sin respuesta a tratamiento sintomático. Última reagudización infectiva bronquial en invierno. NAMC. Exfumador desde hace 5 años (previamente: 15-20 cig/d durante 9 años). En la infancia diagnóstico de asma bronquial que trató con salbutamol, a los 14 años desaparecieron los síntomas. Rinitis alérgica. Niega FRCV. IQ: niega. Tratamiento habitual: Foster (1-0-1), estuvo 4 meses sin tomarlo, mometasona nasal. Un perro en casa. Niega antecedentes epidemiológicos relacionados con TBC. Historia laboral: montador de encimeras de cocina, alta exposición a sílice.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico, buena coloración de piel y mucosas, no lesiones cutáneas, no acropaquias, no otra manifestación sistémica. SO2: 98%. ACP anodina No adenopatías periféricas. Hemograma, VSG, coagulación. Bioquímica con función hepática, FR, PCR e iones normal. Inmunología: FR normal, ANA negativo, Ig A, M, G normales. ECA: 129. HIV negativo. Espirometrías normales desde 2012-2015, sin progresión. TACAR tórax (feb 2013): micronódulos inferiores al centrímetro, centrilobulillares y subpleurales en ambos lóbulos superiores, simétricos, confluyen en vértices. Adenopatía aumentada de 16 mm calcificada hiliar izquierda. TACAR tórax (enero 2015): similar al previo. Broncoscopia (enero 2015): Compatible con normalidad, BAS: negativo cels neoplásicas. BAS: microbiológico en medios comunes, baciloscopia y LW negativo. BAL: macrófagos 66%, linfocitos 30%, CD4/CD8: 2,56, No se observan CD1a. Biopsia pulmonar: Silicosis crónica.

Juicio clínico: Silicosis crónica.

Diagnóstico diferencial: Sarcoidosis, proteinosis alveolar, microlitiasis alveolar, linfangioleiomatosis, eosinofilias pulmonares, fibrosis pulmonar idiopática, colagenopatía, polvos inorgánicos, inducidas por fármacos y radioterapia.

Comentario final: La importancia de la buena anamnesis para conocer la exposición de los pacientes a determinados materiales y conocer los riesgos de patología que se asumen por no realizar una adecuada prevención.

Bibliografía

1. Silicosis, una enfermedad con presente activo. Arch Bronconeumol. 2010;46:97-100.
2. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Grupo de Investigación en Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas. Área de Técnicas y Trasplante. SEPAR.

Palabras clave: *Sílice. Tos. Disnea. Biopsia. Silicosis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.