



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 Gonzálezⁱ y L. Peralta Munguia^j

^aMédico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Arrayanes. Linares. Jaén. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria. ^dMédico de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Cotolino Castro-Urdiales. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Ampuero. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. ^jMédico 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 progresiva 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, capítulo 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 interstitial 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.