Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):12

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2279 - Nunca olvides tu fonendo

L. López Liébana[a], M. Cordero Cervantes[b], N. Blanco Valle[b], I.J. Triviño Campos[b], G. García Estrada[c], M.L. García Estrada[d], H.A. Espinosa Custodio[b], B. Calleja Arribas[b], J. Rodríguez Paredes[b] y A. Irimia[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.[c]Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.[d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo.[f]Médico Adjunto de Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 71 años, sin hábitos tóxicos, trabaja como Sacerdote, sobre todo en Manila y Hong Kong, aunque viaja a otras zonas de Asia. Hiperlipemia mixta, intolerancia a la glucosa, HPB. Intervenido pólipo en cuerdas vocales, amigdalectomía. Tratamiento: dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 1-0-0, atorvastatina 10 mg 0-0-1 y lansoprazol 15 mg 1-0-0. Acude a consulta con cuadro de afonía y dolor en base de hemotórax derecho, disnea progresiva y tos no productiva. Neumonía basal derecha 6 meses antes. Tras auscultación de crepitantes secos basales, solicito Rx de tórax y se deriva al paciente a Neumología con sospecha de EPID (Enfermedad pulmonar idiopática difusa).

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar: crepitantes en ambas bases y campos medios, más derechos de tipo velcro. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral recomendando TAC torácico. Abdomen no doloroso, no visceromegalias, no acropaquias, no edemas. Rx tórax: patrón intersticial bilateral. TC tórax: patrón intersticial reticular de predominio periférico y en lóbulos inferiores, con algunas bronquiectasias de tracción, no panalización, no adenopatías ni derrame pleural. Espirometría: normal. Difusión pulmonar: DLCO-SB 15,4 ml/min/mmHg (63%). DLCO/VA 3,7 ml/min/mmHg/L (98%). Prueba de 6 minutos: Distancia recorrida 540 m. Sat O2 inicial: 96%. Sat O2 final: 93%. Sat O2 mínima: 92%. Sat O2 media: 93%. ECG: ritmo sinusal normal. Cultivos *Aspergillus* negativos. Alfa1 antitripsina 89 mg/dL. IgE

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

total 129,00 kU/L. TCAR: patrón de reticular con engrosamiento de septos de predominio periférico, y basal, con pequeñas áreas de panal de abeja en lóbulos inferiores consistentes con NIU (neumonía intersticial usual).

Juicio clínico: EPID con criterios clínicos, radiológicos y funcionales de FPI (fibrosis pulmonar idiopática).

Diagnóstico diferencial: Enfermedades del tejido conectivo, neumoconiosis, neumonía intersticial, amiloidosis, eosinofilia pulmonar, sarcoidosis

Comentario final: La auscultación de crepitantes secos bibasales fueron la clave para la sospecha de la enfermedad pulmonar intersticial. Tras inicio de tratamiento con pirfenidona 267 mg (3 comp/8 horas) se realizan controles de función renal y hepática y vigilancia de peso La enfermedad se mantiene estable 2 años después, no presenta limitaciones para su vida diaria.

Bibliografía

1. Behr J. Evidence-based treatment strategies in idiopathic pulmonary fibrosis. Eur Respir Rev. 2013;22:163-8.

Palabras clave: *Disnea. Crepitantes.*

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