Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):115

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3073 - ¡Alteración radiológica!

E.A. Carpio Abreu[a], M. Nieto Vitoria[a], R.A. Campayo García[b], M.Á. Morcillo López[a], F. Bernal Martínez[b], I. Azorín Soriano[b], M.L. Salec Ahmed[b], M. Cruz Divisón[c], M.D. González Céspedes[d] y A.J. Martínez García[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín II. Albacete. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]FEA Neumología. Hospital de Hellín. Albacete. [c]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete. [d]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Hellin. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 79 años de edad, con antecedentes personales de HTA, DM tipo 1, obesidad, enfermedad de Alzheimer estable GDS 4, deterioro cognitivo moderado Katz A, nunca fumadora, Alergias no conocidas. Consulta en atención primaria por cuadro de tos sin expectoración, no disnea, no fiebre, con mejoría en los últimos días. A la exploración destaca, auscultación pulmonar con crepitantes bibasales, resto normal, se solicita Rx de tórax observándose alteración en la misma, se comenta con Neumólogo y se decide citar para valoración y pedirle pruebas complementarias. Se llama y se informa a familiar para citarla.

Exploración y pruebas complementarias: CyO, ligera palidez de piel. Eupneica en reposo sin trabajo respiratorio. saTO2 96%. AP: Hipofonesis ligera bilateral, crepitantes bibasales. Rx tórax 04/2016: Impresiona de afectación retículo nodular bilateral ya presente en Rx de 02/2016 por la que es remitida. PFR 05/2016. No colabora para realización. Datos no fiables. TACAR 19/05/2016: mediastino: adenopatías prestraqueales menores a 13 mm, hiliares e infracarinales de 10 mm. Axilas: sin alteraciones de interés. Parénquima pulmonar: Sin evidencia de imágenes nodulares. Engrosamiento de los septos interlobulillares de aspecto reticular más acentuado a nivel subpleural. Presencia de bronquiectasias. Sin signos de derrame pleural. Leve engrosamiento pleural bilateral. Se interpreta como posible EPID. Litiasis vesicular. Pruebas invasivas 16/06/2016 (broncoscopia, biopsias...) se valora en conjunto con geriatría debido a su patología de perfil degenerativo. Analítica 05/2016. Destaca:

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

glucosa 276, urea 98, creatinina 1,52, proteína C reactiva 3,1 mg/dL (0,0-1,0). Factor reumatoide 54 U/mL (0-14), IgG 1.625 mg/dL (800-1.800), IgA 891 mg/dL. Alfa-1 antitripsina 180 (90-200). Enzima convertidora de angiotensina 57,8 U/L. Resto normal, anticuerpos: negativos.

Juicio clínico: Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID).

Diagnóstico diferencial: Fibrosis pulmonar idiopática, enfermedad pulmonar intersticial, alveolitis alérgica extrínseca crónica, asbestosis, síndrome de Hermansky-Pudlak, histiocitosis pulmonar de células de Langerhans, neumonía, TBC, bronquiectasias, insuficiencia cardíaca.

Comentario final: La EPID constituye un grupo heterogéneo de entidades clinicopatológicas que presentan manifestaciones clínicas similares y afectan de forma difusa al parénquima pulmonar. Se conocen más de 200 causas de EPID, aunque la etiología sólo se conoce en el 30% de ellas.

Bibliografía

1. Rodriguez García JL. Green Book, Marban, 2012.

Palabras clave: Tos. EPID. Enfermedad pulmonar intersticial.

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