Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):106

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2888 - Radiografía de tórax por sorpresa

A. Balsalobre Matencio[a], I.M. Escudero Muñoz[b], C. Bolarín Angosto[a], A. Sánchez Martínez[b], F.M. Aceituno Villalba[c], C. Castillo Ramos[d], M. Ruiz Sánchez[e], F. Rosique Gómez[a], P. Abdeljabar Paredes[f] y R. Jiménez Guerrero[f]

[a]Médico Residente; [e]Médico de Familia. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. [b]Médico Residente. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Santiago de la Ribera. Murcia. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona. [f]Médico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años que consulta a su médico de familia por gonalgia. Tras realizar exploración completa, su médico objetiva crepitantes aislados, por lo que solicita Rx de tórax donde observa patrón intersticial bilateral. Reinterrogando comenta ligera disnea de esfuerzo de un año de evolución, no tos ni expectoración, no hemoptisis, no fiebre ni pérdida de peso. No había consultado por este motivo nunca. Dada la sospecha clínica, remite a Neumología. Antecedentes personales: Natural de Marruecos, no antecedentes médico-quirúrgicos, no hábito tabáquico, no animales domésticos, no contacto con TBC, trabajó 9 años en las minas de carbón.

Exploración y pruebas complementarias: CyO, BEG, Nh, NC. ACP: rítmico, sin soplos, crepitantes aislados bilaterales, no sibilantes. Resto de exploración sin hallazgos. Analítica sin hallazgos. Mantoux negativo. Rx tórax: patrón intersticial bilateral, áreas confluyentes. ANOES negativos, ENA positivo, Ac. Anti-U1-RNP 47 UI/ml, ECA 145 UI/ml, IgE 1.919 UI/ml. Espirometrias: FEV1 68%, FVC 94%, FEV1/FVC 54%, TBD negativo mejoría 9%. FEV1 61%, FVC 87%, FEV1/FVC 52%, TBD positivo mejoría 31%. DLCO SB 139%, DLCO/VA 103%. DLCO SB 127%, DLCO/VA 97%. Fibrobroncoscopia: árbol bronquial distorsionado, lesiones antracóticas. Citometría: linfocitos 15%, CD4/CD8 2,54. BAS: negativo células malignas, macrófagos con pigmento antracótico. BAL: macrófagos con fibras de asbestos. Cultivo aspirado bronquial negativo. TAC

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

tórax: adenopatías mediastínicas e hiliares, múltiples nódulos bilaterales, difusos, y masas centrales peribroncovasculares con áreas sugestivas de necrosis. Engrosamiento intersticial, fibrosis masiva progresiva.

Juicio clínico: Neumoconiosis de los mineros de carbón.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, neoformación pulmonar, enfermedades pulmonares intersticiales.

Comentario final: El paciente inicio tratamiento con inhaladores con escasa mejoría. Pendiente de valoración por el comité de enfermedades intersticiales. La neumoconiosis de los trabajadores del carbón es causada por la inhalación de polvo de carbón. El depósito de polvo produce macrófagos cargados de polvo alrededor de bronquiolos (máculas de carbón), en ocasiones causan enfisema bronquiolar focal. En general no causa síntomas, pero puede progresar a fibrosis masiva progresiva con reducción de la función pulmonar. El diagnóstico se basa en los antecedentes y los hallazgos en la radiografía de tórax. El tratamiento suele ser sintomático. El diagnóstico de este paciente se realizo en atención primaria tras realizar una completa exploración física, sin ser este el motivo de consulta.

Bibliografía

1. Manual Merck. Neumoconiosis de los trabajadores del carbón.
2. Neumoconiosis de los mineros. MedlinePlus.

Palabras clave: Rx tórax. Minero. Neumoconiosis.

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