



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2833 - DOCTOR, ESTA TOS NO SE ME QUITA

A. Serrano García, A. Fernández Bosch, M. Azorín Ras y M. del Campo Giménez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 4. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no RAMc. No DM, HTA, DLP ni obesidad. Exfumadora de 25 paquetes/año. No otros hábitos tóxicos. No antecedentes quirúrgicos. Enfermedad actual: mujer de 42 años que acude a consulta de atención primaria por tos persistente de meses de evolución que no ha remitido con tratamientos anteriores (codeína, dextrometorfano...). Refiere una tos seca y disnea de esfuerzo de meses de evolución que comenzó con su segundo embarazo. Asimismo refiere algún esputo hemoptoico aislado y opresión centrotorácica. No fiebre ni vómitos. Niega clínica de reflujo gastroesofágico.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocoloreada y normohidratada. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. SatO₂: 90% con FiO₂ 21%. Signos de cianosis central y periférica. AC: rítmica y sin soplos. AP: MVC con crepitantes finos bibasales. No sibilancias ni roncus. MMII: no edemas ni signos de TVP. Bioquímica: sin hallazgos patológicos. Hemograma: sin hallazgos patológicos. Coagulación: sin alteraciones. Rx tórax: hiperinsuflación pulmonar con patrón intersticial micronodular bilateral de predominio perihiliar. ICT normal. TC toraco-abdomino-pélvico: parénquima pulmonar con múltiples imágenes quísticas milimétricas bilaterales y difusas. Espirometría: FVC 3.890 (101%). FEV1 2.700 (90,6%). FEV1/FVC 70%. MMEF 25/75 1.670 (46%). Test broncodilatador negativo. DLCO 3,64 (41,5%). RV 1.730 (103%). TLC 5,55 (107%). Gasometría arterial: pH 7,44, pCO₂ 32, pO₂ 59, SatO₂ 90%. Biopsia pulmonar: linfangoleiomomatosis pulmonar.

Juicio clínico: Linfangoleiomomatosis pulmonar con insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria. Tratamiento: acetato de medroxiprogesterona (300 mg al mes en 2 dosis) y Spiriva (1 aspiración cada 24 horas) sin mejoría funcional en los controles, persistiendo la afectación severa de la difusión y leve afectación de pequeña vía e insuficiencia respiratoria hipoxémica con importante desaturación con esfuerzo. Valoración en unidad de trasplante pulmonar realizándose trasplante bipulmonar.

Diagnóstico diferencial: TBC miliar vs EPID vs bronquitis crónica.

Comentario final: Es muy importante desde atención primaria poner especial atención a los procesos subagudos o crónicos que a priori parecen banales. Es nuestra obligación poner atención en los signos de alarma y así poder diferenciar lo que es una patología “poco importante” de una patología mayor que requiera un tratamiento específico.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero JC. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8^a ed. Madrid: MSD, 2016.

Palabras clave: Tos persistente.