



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4539 - DISNEA GRAVE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

A. Fernández Cruz<sup>a</sup>, M. Cabrera Utrera<sup>a</sup>, C. Jiménez Peiró<sup>b</sup>, V. Fajardo Fernández<sup>a</sup>, L. Duarte Perdignes<sup>a</sup> y M. Fuentes Leiva<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 71 años que acude por disnea de mínimos esfuerzos con tos, sin expectoración y febrícula de una semana de evolución. Refiere astenia, anorexia y pérdida de 5 kg de peso desde hace dos semanas. AP: No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora: ? 20 paquetes/año. FRCV: HTA, DM2, hipercolesterolemia. Historia reumatológica: S. Sjögren, lupus discoide (1999) y osteoporosis. En 2010 no criterios de artritis reumatoide (aunque FR > 155 y anticuerpos anticitrulina positivos). No antecedentes neumológicos. Antecedentes epidemiológicos sin interés. Tratamiento habitual: carbonato cálcico, lorazepam, bisoprolol, enalapril/HCT, gliclazida, omeprazol, simvastatina, quinacrina. Situación basal: independiente para las actividades de la vida diaria. En ambulatorio: SatO<sub>2</sub>: 97%, AR: sibilantes aislados. Se trata como bronquitis (amoxicilina y broncodilatadores). Empeoramiento progresivo de la disnea en las siguientes dos semanas, por lo que precisa ingreso en UCI.

**Exploración y pruebas complementarias:** Disneica en reposo con tiraje supraclavicular, TA: 91/64 mmHg, FC: 68 lpm, satO<sub>2</sub>: 87% basal, FR: 33 rpm. AC: normal, AR: crepitantes en 2/3 inferiores bilaterales. No criterios ICC. Analítica: hemograma normal, sodio 127 mmol/L, potasio 4,3 mmol/L, Cr 81 umol/L, FG 63,3 ml/min, PCR 98,03 mg/L. Anticuerpos antiDNA negativos. Rx tórax: infiltrados alveolo- intersticiales bilaterales. Broncoscopia: normal. Microbiología: GRAM, aerobios, KOH, neumococo y Legionella negativos. PCR Influenza A y B: negativos. TAC torácico: opacidades en vidrio deslustrado (predominio campos medios e inferiores) sugiriendo neumonía intersticial no específica (NINE). Durante el ingreso: corticoterapia a dosis altas, antibioterapia empírica, broncodilatadores y oxigenoterapia.

**Juicio clínico:** Insuficiencia respiratoria aguda. Neumonía intersticial no específica (NINE).

**Diagnóstico diferencial:** Patología infecciosa descartada: serologías negativas. Neumonitis lúpica: antiDNA normal. Hemorragia alveolar difusa: no hemoptisis.

**Comentario final:** El papel de atención primaria es fundamental en: el manejo de la incertidumbre ante sintomatologías inespecíficas como debut de patologías graves, dando siempre normas de reconsulta a los pacientes, seguimiento telemático durante el ingreso hospitalario y control evolutivo del paciente tras el alta.

### Bibliografía

1. King TE, Kline J. Enfermedades pulmonares intersticiales. En: Porter RS. El Manual Merk de diagnóstico y terapéutica, 19<sup>a</sup> ed. Madrid: Panamericana; 2014. p: 1663-86.

**Palabras clave:** Disnea. Neumonía idiopática intersticial.