



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2887 - DOCTOR, NO SE ME QUITA LA TOS

V. Cascales Saéz^a, C. Hato Antón^a, M. Martínez Ferri^b, J. López Díez^c, J. López Marín^c y A. Cebrián Cuenca^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer marroquí de 37 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes médico-quirúrgicos. Vive en España desde hace 8 años. Acude por tos continua desde hace un año, anorexia el último mes y disnea de moderados esfuerzos. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general con SatO₂ 95%. Sólo destaca en la exploración física un rash macular en MMII. Analítica: parámetros normales. Radiografía tórax: Patrón reticulonodulillar difuso predominante en campos basales y medios con ensanchamiento hilar bilateral. Espirometría: FEV₁ 2.220 ml (72%), FVC 2.760 (79%), IT 0,3984. TAC tórax: Afectación intersticial difusa micronodular, con adenopatías mediastínicas e hiliares. Sugiere proceso granulomatoso.

Juicio clínico: Se deriva a Neumología donde completan estudio con ecografía abdominal (sarcoidosis esplénica), fibrobroncoscopia con EBUS (BAL linfocitosis del 58% CD4/CD8 5/39299), ecocardiograma (descarta HTP) y biopsia transbronquial (enfermedad granulomatosa). Diagnóstico: sarcoidosis estadio II. Tratamiento con prednisona, con mejoría clínica y radiológica.

Diagnóstico diferencial: Fibrosis pulmonar idiopática. Bronquiolitis. Neumonía intersticial. Sarcoidosis. Proteinosis alveolar. Linfangioleiomiomatosis. Neumonía organizada criptogénica. Histiocitosis de células de Langerhans. Enfermedades granulomatosas. Neoplasias.

Comentario final: Ante un paciente con disnea y tos de larga evolución en Atención Primaria debemos realizar una buena anamnesis y exploración física para filiar origen pulmonar o cardíaco. Asma, EPOC y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) son las etiologías respiratorias más frecuentes. La presentación típica de disnea de esfuerzo, patrón intersticial difuso y alteración ventilatoria restrictiva debe orientarnos a EPID. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa que cursa típicamente en pacientes jóvenes (20-40 años) con predominio de infiltrados en lóbulos superiores, eritema nodoso, hipercalcemia con hipercalcemia y aumento de CD4 > CD8.

Bibliografía

1. Sanz Trepiana L, Fernández Gil C. Disnea. En: Aguilar Rodríguez F, ed. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid; 2012. p. 86-90.
2. De la Torre Carazo S, Fernández Gil C. Enfermedades pulmonares intersticiales. En: Aguilar Rodríguez F, e. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital 12 de Octubre, 7^a ed.

Madrid; 2012. p. 437-45.

3. Cano Jiménez EA. Guía clínica de Enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Fisterra.com, 2013.

Palabras clave: Disnea. Adenopatía. Sarcoidosis.