



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2571 - DE DISNEA A NEUMOPATÍA INTERSTICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Bermejo Navarro, M. Ortiz de Iruetia, E. Torres Santos y E. Capilla Rodríguez

Médico de Familia. CAP Montclar. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 73 a. sin AMC, sin hábitos tóxicos. HTA en tratamiento médico. Catalogada como hiperreactividad bronquial con disnea de esfuerzo de años de evolución en tratamiento con Formodual. A nivel funcional destaca importante variabilidad de FVC y FEV1 (2014: FVC 59%, FEV1 61%, y 2015: FVC 78%, FEV1 69%, 2017: FVC 59%, FEV1 69%, marzo 2018: FVC 81%, FEV1 85%). SAHS leve, IAH 8,9. Ictus en forma de diplopía en tratamiento con Adiro 100 mg/día. Insomnio de conciliación en tratamiento con lorazepam. Refiere clínica respiratoria de inicio hace 5 años caracterizada por disnea de grandes esfuerzos atribuida siempre a hiperreactividad bronquial. Sin embargo, los últimos años la disnea ha empeorado hasta hacerse de moderados esfuerzos. No tos ni sibilancias.

Exploración y pruebas complementarias: No acropaquias. ACR: normal. Rx tórax: no infiltrados, aumento de la trama broncovascular (dudoso intersticio). Analítica: hemograma bien, crea: 68, FG: 73, CT: 162, Na: 142, K: 4,39, AST: 18, ALT: 19, PCR: 1,2, Ca: 2,28, autoinmunidad negativa. FBS anodina. BAS y LBA con citología negativa. TC torácico reticulación subpleural bilateral, con ligero gradiente apicobasal asociado a algunas bronquiolectasias traccionales. Mínimas áreas de vidrio deslustrado en relación con las áreas de reticulación. No se observan áreas de panalización.

Orientación diagnóstica: Con la OD de enfermedad intersticial, posible fibrosis pulmonar es remitida a la Unidad específica del Hospital.

Diagnóstico diferencial: EPOC, patología cardíaca, patología tumoral, bronquiectasias, cuerpo extraño, tromboembolismo pulmonar, broncoaspiración.

Comentario final: Debemos atender a los cambios en la evolución del cuadro de disnea, de tos y fatiga de un paciente así como la variabilidad en las espirometrías realizadas para sospechar patología intersticial.

Bibliografía

1. Hernandez E, Llauger MA, Villafáfila R. El último año de patología respiratoria. AMF. 2012;8(2):111-8.
2. Selman M, Undurraga A, y col. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática. Publicación de la Asociación Latinoamericana de Tórax, 2013:5-66.
3. King T, Pardo A, Selman M. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Lancet. 2011;378:1949-61.

Palabras clave: Disnea. Fibrosis pulmonar. Variabilidad en pruebas funcionales respiratorias.