

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

*C. Bermejo Navarro, M. Ortiz de Irustia, 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 (dudosos 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 bronquiectasias 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.