



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/186 - NO TODO ES LO QUE PARECE

J. Escudero Ibáñez<sup>a</sup>, M. Rengel Boada<sup>a</sup>, A. Salvador Mateo<sup>b</sup> y A. Escribano García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Singuerlín. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. ABS3 Singuerlín de Santa Coloma de Gramenet. Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. ICS. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. ABS Santa Coloma 4. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años de edad que acude a urgencias por cuadro de disnea que no mejora de un mes de evolución. La paciente refiere haber acudido en 3 ocasiones a urgencias del ambulatorio por hiperreactividad bronquial y nos indica que desde que la vacunaron de la gripe se encontró peor. Refiere mejoría mientras ha recibido los tratamientos budesonida inhalado, bromuro de ipratropio y alguna tanda de nueve días de prednisona oral, en pauta descendente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se explora a la paciente presentando como antecedentes personales una neuralgia postherpética, osteoporosis, hipertensión arterial y un flutter auricular paroxístico que recibió múltiples terapias antiarrítmicas (dronedrona, flecainida y actualmente amiodarona desde hace 6m). En la exploración física AR: mvc, con crepitantes secos en la mitad inferior de los campos pulmonares. ACV: ruidos cardíacos regulares, sin soplo, ni roce ni tercer ruido. El estudio analítico presenta antigenurias para neumococo y Legionella negativas, PCR multiplex virus negativos (gripe A, B y VRS), cultivo virológico negativo para CMV y VHS, cultivo micológico negativo. En fibrobroncoscopia con BAL: aspecto hemorrágico con secreción mucosa escasa así como ausencia de bacilos ácido alcohol resistentes. Estudio inmunitario con FR 14 (levemente positivo); resto negativo (Ac. Anti-nucleares, anti-Jo1; anti-PL7; anti-PL12; anti-SRP; anticuerpo Mi-2; anti-Ku; anti-PM-Scl 100; anti-Scl-70; anti-citoplasma de neutrófilos; anti-membrana basal glomerular; anti-péptidos citrulinados. C3 del complemento 162; C4 del complemento 32.

**Orientación diagnóstica:** A su llegada a urgencias se le realiza analítica y radiografía de tórax apreciándose un patrón alveolar bilateral de predominio inferior derecho y analíticamente leucocitosis de 18.000 con PCR de 131, con una saturación basal del 90%. Se orienta el diagnóstico como neumonía basal derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía lobar. Insuficiencia cardíaca acompañada de edema agudo de pulmón. Neoplasia pulmonar. Fibrosis pulmonar.

**Comentario final:** Se le realiza finalmente un TC pulmonar con extensa afectación pulmonar intersticial difusa de tipo reticular, caracterizada por engrosamiento de septos interlobulillares de distribución difusa, acompañada de opacidades de vidrio deslustrado superpuestas y bronquiectasias por tracción en LM y en lóbulos inferiores. No se aprecia panalización. Signos TC de fibrosis pulmonar intersticial. Se evidencia el diagnóstico de toxicidad pulmonar por amiodarona.

### Bibliografía

1. Camus P, Martin WJ, Rosenow E. Amiodarone pulmonary toxicity. En: Camus P, Rosenow E. Clinics in Chest Medicine: Iatrogenic Lung Disease. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 65-77.

**Palabras clave:** Amiodarona. Fibrosis. Toxicidad. Neumonía.