Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 460

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/186 - NO TODO ES LO QUE PARECE

J. Escudero Ibáñez[a], M. Rengel Boada[a], A. Salvador Mateo[b] y A. Escribano García[c]

[a]Médico de Familia. ABS Singuerlín. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.[b]Médico de Familia. ABS3 Singuerlín de Santa Coloma de Gramenet. Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. ICS. Barcelona.[c]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 (dronedarona, 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.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.