

## 347/3352 - FIBROSIS PULMONAR POR AMIODARONA

J. Saura García<sup>a</sup>, A. Ramírez Quiñonero<sup>b</sup>, A. Selma García<sup>c</sup> y J. Alonso Pardo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Narejos-Los Alcázares. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Orihuela 1. Alicante. <sup>d</sup>Médico Internista. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años consulta por aumento de su disnea basal, de mínimos esfuerzos, hasta hacerse de reposo en la última semana. Tos persistente sin secreciones desde hace 3 días. Afebril. No dolor torácico, no náuseas ni vómitos ni cortejo vegetativo asociado. Hipertensa, no dislipémica ni diabética. Cardiopatía isquémica con lesión severa de descendente anterior con doble stent farmacoactivo. Función ventricular izquierda conservada. Lupus discoide tratado con cloroquina. Polimialgia reumática tratada con prednisona 5 mg. Varios ingresos por taquicardia auricular controlada con amiodarona iniciada hace un año.

**Exploración y pruebas complementarias:** Taquipneica. SaO<sub>2</sub> 94% a su llegada. AP: MVC, graves crepitantes finos secos localizados en vértice pulmonar derecho y campos medios izquierdos, resto normal. AC: tonos débiles, rítmica sin soplos. EEII: no edemas, signos de insuficiencia venosa crónica. No ingurgitación yugular. ECG: sinusal a 72 lpm con BCRIHH de nueva aparición, sin otras alteraciones. Rx tórax: cardiomegalia, senos costofrénicos libres de líquido, patrón intersticial bilateral, de predominio en ápex derecho y campos medios izquierdos. Analíticamente destaca una PCR de 33, neutrofilia sin leucocitosis y fibrinogeno elevado, cursándose procalcitonina que es normal. Se cursa ingreso hospitalario y se realiza TC torácico de alta resolución: patrón extenso difuso y bilateral en vidrio deslustrado, con áreas con engrosamiento inter/intralobulillar (patrón en empedrado). No se observa panalización. No adenopatías mediastínicas, hiliares ni axilares. También broncoscopia que macroscópicamente es normal y lavado broncoalveolar que también lo es. Analítica de planta con anticuerpos de Legionella y neumococo en orina, cultivo de esputo, PCR de CMV y de virus respiratorios negativos. ANOES negativos. Proteinograma normal. TSH de 12.

**Orientación diagnóstica:** Fibrosis pulmonar intersticial por amiodarona.

**Diagnóstico diferencial:** Fibrosis por amiodarona, fibrosis pulmonar idiopática, neumonitis lúpica, neumonía atípica.

**Comentario final:** Uno de los efectos adversos más indeseables de la amiodarona es la afectación pulmonar, siendo la fibrosis el más frecuente (1-5%) con pico de incidencia dentro del primer año de tratamiento. Diagnóstico tras descartar la causa infecciosa y la neumonitis lúpica, sumado a la presencia de afectación tiroidea y la buena respuesta clínica, analítica y radiológica tras la retirada de amiodarona.

### Bibliografía

1. Chan ED. Amiodarone pulmonary toxicity. UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Amiodarona. Fibrosis. Enfermedad pulmonar intersticial.