



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2286 - ¿CORAZÓN, PULMÓN O VASOS? ¿CUÁL ES LA CAUSA DE SU DISNEA?

A. Cordero Borrallo<sup>1</sup>, L. Pérez Riquelme<sup>1</sup>, C. Sánchez Perona<sup>2</sup> y F. Rosique Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 74 años que refiere disnea de mínimos esfuerzos acompañado de tos por la mañana con empeoramiento desde hace 3 meses coincidiendo con inicio de acenocumarol. El paciente es incapaz de caminar 500 metros sin detenerse. No cuenta otros síntomas. Antecedentes personales: exfumador desde hace 30 años. Trabajador con asbesto hace 40 años. Síndrome de Sjögren. Enfermedad arterial periférica Grado IIa de Leriche-Fontaine. Insuficiencia renal crónica G3a. Diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Normohidratado, normoperfundido. Eupneico en reposo. No disnea paroxística nocturna. Nicturia 2-3 veces. Tórax: auscultación cardiaca arritmica y sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes secos bilaterales hasta tercio medio. Extremidades: miembros inferiores con edemas hasta tercio medio, sin signos de trombosis venosa profunda. Radiografía de tórax: no cardiomegalia, patrón reticular intersticial bilateral, aumento de densidad en campo medio derecho. No derrame pleural. ECG: fibrilación auricular a 55 lpm. Hemograma: anemia normocítica. Gasometría arterial: pO<sub>2</sub> 88,6 mmHg.

**Orientación diagnóstica:** Neumoconiosis.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca. Enfermedad arterial periférica.

**Comentario final:** Debido a los hallazgos patológicos y al empeoramiento de su disnea se deriva a urgencias. Diagnóstico: clínica compatible con neumoconiosis no diagnosticada. Se cita de forma preferente a Consultas Externas de Neumología.

### Bibliografía

1. Steele M, Schwarz DA. Asbestosis and asbestos-induced pleural disease. In: Schwarz MI, King TE, Jr, eds. Interstitial lung disease, 5<sup>th</sup>. People's Medical Publishing House, Shelton, CT 2011. p.543.
2. Wagner GR. Asbestosis and silicosis. Lancet. 1997;349:1311.

**Palabras clave:** Asbesto. Neumoconiosis.