



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3007 - DISNEA PERSISTENTE DE ORIGEN A FILIAR

S. Mora Azabal¹, I. Sáenz Cardenal², H. Fernández-Galiano Poyo² y L. Carralero Moya²

¹Hospital Universitario Puerta Hierro. Majadahonda. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años, con antecedentes relevantes de síndrome de Clippers, Sjögren; acude a consulta por disnea de esfuerzo progresiva de 2 semanas de evolución acompañada ocasionalmente de tos con expectoraciones blanquecinas y astenia generalizada. Niega fiebre. No ortopnea ni edema en extremidades. Refiere rinorrea de 5 días de evolución. No artritis ni artralgias. No viajes al extranjero. No otra sintomatología. En domicilio ha tomado tratamiento sintomático con paracetamol y mucolíticos sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se evidencia una saturación basal de 86%, con taquipnea asociada de 26 rpm, faringe hiperémica sin exudados faríngeos y presencia de crepitantes finos en ambas bases pulmonares. Resto sin hallazgos relevantes.

Orientación diagnóstica: Ante la desaturación y taquipnea del paciente, empeoramiento clínico pese a tratamiento de probable cuadro originalmente vírico, y los hallazgos de crepitantes bibasales, se decide derivación a Urgencias para valoración radiológica y mejoría de disnea con tratamiento broncodilatador intensivo y descartar sobreinfección bacteriana como primera posibilidad, o patología intersticial o pleural.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Enfermedad pulmonar intersticial. EPOC. Asma. Bronquiectasias. Derrame pleural. Insuficiencia cardíaca. Neoplasia.

Comentario final: En la analítica destaca leucocitosis, neutrofilia, linfopenia, con proteína C normal y resto sin hallazgos. En la radiografía de tórax se observan múltiples micronódulos bilaterales en campos medios y laterales por lo que se realiza TC Tórax donde se confirman micronódulos pulmonares, adenopatías paratraqueales, hiliares y subcarinales, por lo que se realiza Broncoscopia con primera sospecha diagnóstica sarcoidosis alveolar, planteando como alternativa procesos neoplásicos. Debido a broncoscopia negativa, se realiza biopsia pulmonar que resulta diagnóstica de Neumonía Intersticial Linfocitaria, con citología tumoral negativa. El paciente recibe tratamiento con corticoides sistémicos con clara mejoría por lo que recibe tratamiento desde entonces con corticoides y revisiones periódicas en Neumología junto con médico de Atención Primaria. A los 6 meses, el paciente decide suspender tratamiento por lo que presenta una reagudización que volvió a requerir ingreso. Este caso recuerda la importancia del diagnóstico diferencial de disnea, así como la importancia de reevaluar a pacientes con un inicial diagnóstico de infección respiratoria vírica, ya que ante no mejoría hay que considerar derivación para realización de pruebas complementarias tales como radiografía y análisis microbiológicos entre otros.

Bibliografía

1. Giraldo Estrada H. Manual de Neumología. Guía para el diagnóstico y tratamiento en la consulta diaria. Panamericana; 2017.
2. Zamora AC, Barrera L, Mendoza F. Neumonía intersticial linfocítica en adultos. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2009;22:109-16.

Palabras clave: Disnea. Neumonía. Intersticial.