



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-037 - ¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PATOLÓGICA?

I. Aguilar López^a, L. Rojas Feixas^b, R. Arias Vega^c, E. Pérez Membrive^d, L.I. Torres Szymanski^a y B. Pascual López^e

^aCS Lucena I. ^bCS Rute. ^cCS Priego. ^dCS Lucena II. ^eCS Cabra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por disnea progresiva en la última semana, ortopnea, tos sin expectoración. Afebril. Entre sus antecedentes personales destacan: DM tipo 2, retraso mental, exetismo, hepatitis B, poliartritis simétrica no erosiva en estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. Buena coloración de piel y mucosas. Consciente, orientada y colaboradora. Disnea en reposo. Cabeza y cuello: no adenopatías palpables. No ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos conservados y simétricos. No auscultación de soplos en dicho nivel. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos rápidos, sin soplos ni rones. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho con crepitantes hasta campo superior en hemitórax izquierdo. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. MMII: no edemas. Pulsos periféricos presentes simétricos. No signos de trombosis venosa profunda. Analítica: glucosa 160, resto bioquímica normal. Hemograma normal. Gasometría: pH 7,38, pCO₂ 33,4, pO₂ 58, Sat O₂ 83,5%. Coagulación normal. D-dímero 1,67. Rx PA tórax: no cardiomegalia. Infiltrado alveolointersticial bilateral. Rx abdomen: sin hallazgos patológicos. Ecografía abdomen: dentro de la normalidad excepto quistes sinusales en ambos riñones. Serologías VIH, CMV, herpes simplex I y II, varicela y *Helicobacter* negativas. Serología hepatitis VHB positivo, carga viral 3.479. Estudio de autoinmunidad negativo excepto ANA 1/320. Factor reumatoide normal. HLA-B27 y ECA normales. Cultivo de esputo: no BAAR. Antigenuria para *Legionella* y *Pneumococo* negativas. Mantoux negativo. TAC tórax: extensas consolidaciones parcheadas dispersas por la totalidad de lóbulos pulmonares. Fibrobroncoscopia: mucosa de ambos árboles edematosa con algunas cazoletas submucosas. No lesiones endobronquiales. Se realiza BAL de LMD. Se toma biopsia de LID que se envían a micro y anatomía patológica. Diagnóstico posible BONO. Lavado broncoalveolar: Poblaciones linfocitarias LBA A Linfocitos CD4 LBA 17%. Linfocitos CD8 en LBA 78%. Índice CD4/CD8 0,2. Linfocitos activados CD3+ DR+ 23%.

Juicio clínico: Neumopatía intersticial secundaria a conectivopatía.

Diagnóstico diferencial: Sarcoidosis. Tuberculosis. VIH. Vasculitis pulmonares. Neumonía eosinofílica aguda. Síndrome de Löeffler. ABPA. Hemosiderosis. BONO.

Comentario final: Desde el punto de vista de Atención Primaria es importante conocer los antecedentes epidemiológicos y el ámbito socio familiar de nuestros pacientes. La disnea es un

síntoma con un amplio diagnóstico diferencial, pero con una buena anamnesis y exploración se puede encauzar hacia un correcto juicio diagnóstico y plan terapéutico, con la ayuda de las pruebas complementarias correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segado Soriano A, Sánchez Osuna L, Bioque Rivera JC, Hidalgo Ramírez M. Enfermedades intersticiales difusas del pulmón. Sarcoidosis, eosinofilias, histiocitosis X, microlitiasis alveolar, linfangioleiomiomatosis. En: Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología, 2ª ed. Madrid: Ergon; 2010.
2. Falces Sierra A, Maza Ortega C. Manifestaciones pulmonares de las enfermedades del tejido conectivo. Enfermedades intersticiales difusas del pulmón secundarias. En: Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología, 2ª ed. Madrid: Ergon; 2010.
3. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de Medicina Interna, 17ª ed. México: McGraw Hill; 2009.