



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/83 - EL ENEMIGO SILENCIOSO

C. Valcárcel Sierra^a, M. Gámez Cabero^b, B. Crego García^c, M. Guerra Jiménez^a y J. Blanco Canseco^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años quien acude a consulta de AP por dolor costal izquierdo de 2 semanas de evolución de características pleuríticas sin previo sobre esfuerzo o traumatismo. No refiere tos, expectoración, fiebre ni síntomas constitucionales. Antecedentes personales: no RAM, HTA, exfumadora, enfermedad de Graves Basedow a los 25 años, actualmente hipotiroidismo, urolitiasis, menopausia a los 50 años. Antecedentes familiares: abuelo tuberculosis pulmonar, abuela linfoma, padre cáncer de colon. Tratamiento actual: eutirox 100 µg/día, ramipril/hidroclorotiazida 20 mg/12,5 mg día, atenolol 25 mg/día, paracetamol 1 g día.

Exploración y pruebas complementarias: Sobrepeso, normotensa y eupneica, auscultación cardiopulmonar con leve hipoventilación en base izquierda, sin dolor a la palpación costal izquierda. Resto normal. Electrocardiograma y analítica normal, serologías VHB y C negativas. Rx de tórax: pinzamiento de SCF izquierdo sugestivo de pequeño derrame. Durante el seguimiento, no sintomatología infecciosa, sin alteración del peso. La paciente es derivada a neumología donde realizan: gammagrafía de V/Q: se interpreta como baja/nula posibilidad para TEP. Analítica de control normal salvo elevación de LDH. TAC torácico: leve captación en derrame pleural izquierdo, hilios, territorio paratraqueal derecho y subcarinal, sugerente de proceso inflamatorio reactivo y micronódulo subpleural en LII. Espirometría, prueba difusión y pletismografía normales. A las 2 semanas acude a urgencias por dolor torácico súbito izquierdo y disnea siendo ingresada para completar estudio. Realizan pruebas reumáticas, con elevación de PCR, proteinograma, complemento, factor reumatoide negativo, Mantoux positivo, proponiendo broncoscopia que rechaza. Pautan isoniazida/piridoxina 300 mg día por 6 meses y solicitan TAC de control. Revisada en consulta refiere desde hace meses dolores en caderas, manos con rigidez matutina, foto sensibilidad, sequedad oral y cansancio. En reumatología solicitan ENA/DNA positivo > 1/160 CTD screening positivo, anti-ena SS-A/RO positivo, resto de ac incluido antimicrosomales negativos, test de Xason normal. Inician tratamiento con hidroxicloroquina.

Juicio clínico: Lupus eritematoso sistémico (LES).

Diagnóstico diferencial: Lupus “like”, tuberculosis pulmonar, embolia pulmonar.

Comentario final: El LES es una enfermedad autoinmune con múltiples manifestaciones sistémicas, siendo la pulmonar de las más frecuentes. Una adecuada anamnesis y las pruebas complementarias necesarias nos ayudan en el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Kamen DL, Strange C. Pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. Clin Chest Med. 2010;31(3):479-88.