



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2279 - NUNCA OLVIDES TU FONENDO

L. López Liébana^a, M. Cordero Cervantes^b, N. Blanco Valle^b, I.J. Triviño Campos^b, G. García Estrada^c, M.L. García Estrada^d, H.A. Espinosa Custodio^b, B. Calleja Arribas^b, J. Rodríguez Paredes^b y A. Irimia^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^cMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^eMédico Adjunto de Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 71 años, sin hábitos tóxicos, trabaja como Sacerdote, sobre todo en Manila y Hong Kong, aunque viaja a otras zonas de Asia. Hiperlipemia mixta, intolerancia a la glucosa, HPB. Intervenido pólipo en cuerdas vocales, amigdalectomía. Tratamiento: dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 1-0-0, atorvastatina 10 mg 0-0-1 y lansoprazol 15 mg 1-0-0. Acude a consulta con cuadro de afonía y dolor en base de hemotórax derecho, disnea progresiva y tos no productiva. Neumonía basal derecha 6 meses antes. Tras auscultación de crepitantes secos basales, solicito Rx de tórax y se deriva al paciente a Neumología con sospecha de EPID (Enfermedad pulmonar idiopática difusa).

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar: crepitantes en ambas bases y campos medios, más derechos de tipo velcro. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral recomendando TAC torácico. Abdomen no doloroso, no visceromegalias, no acropaquias, no edemas. Rx tórax: patrón intersticial bilateral. TC tórax: patrón intersticial reticular de predominio periférico y en lóbulos inferiores, con algunas bronquiectasias de tracción, no panalización, no adenopatías ni derrame pleural. Espirometría: normal. Difusión pulmonar: DLCO-SB 15,4 ml/min/mmHg (63%). DLCO/VA 3,7 ml/min/mmHg/L (98%). Prueba de 6 minutos: Distancia recorrida 540 m. Sat O₂ inicial: 96%. Sat O₂ final: 93%. Sat O₂ mínima: 92%. Sat O₂ media: 93%. ECG: ritmo sinusal normal. Cultivos *Aspergillus* negativos. Alfa1 antitripsina 89 mg/dL. IgE total 129,00 kU/L. TCAR: patrón de reticular con engrosamiento de septos de predominio periférico, y basal, con pequeñas áreas de panal de abeja en lóbulos inferiores consistentes con NIU (neumonía intersticial usual).

Juicio clínico: EPID con criterios clínicos, radiológicos y funcionales de FPI (fibrosis pulmonar idiopática).

Diagnóstico diferencial: Enfermedades del tejido conectivo, neumoconiosis, neumonía intersticial, amiloidosis, eosinofilia pulmonar, sarcoidosis

Comentario final: La auscultación de crepitantes secos bibasales fueron la clave para la sospecha de la enfermedad pulmonar intersticial. Tras inicio de tratamiento con pirfenidona 267 mg (3 comp/8 horas) se realizan controles de función renal y hepática y vigilancia de peso La enfermedad se

mantiene estable 2 años después, no presenta limitaciones para su vida diaria.

Bibliografía

1. Behr J. Evidence-based treatment strategies in idiopathic pulmonary fibrosis. Eur Respir Rev. 2013;22:163-8.

Palabras clave: *Disnea. Crepitantes.*