



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1470 - EPISODIOS DE DISNEA RECURRENTE, VEAMOS MÁS ALLÁ

M. Salado Natera^a, C. de la Cruz Seris-Granier^b y M. Acha Pérez^c

^aMédico de Familia. DCCU Medina Sidonia. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años, sin alergias medicamentosas, exfumadora desde hace 9 años (índice acumulado de tabaco de 60). En seguimiento por digestivo por antecedentes familiares de cáncer de colon, resección de dos pólipos tubulovelloso con displasia leve en junio de 2014. Miomectomía hace 12 años. Tratamiento habitual: no realiza. La paciente acude en repetidas ocasiones a nuestra consulta por episodios de disnea que fueron tratados con broncodilatadores, corticoides y antibioterapia. Los episodios suelen ser agudos, con ruidos de olla hirviendo y ortopnea. Durante el último episodio sin mejoría por lo que se deriva al hospital donde ingresa para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: abundantes roncus y sibilantes dispersos por ambos campos pulmonares. Resto de exploración normal. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Placa de tórax: ligero engrosamiento hilar bilateral. Electrocardiograma normal. Fibrobroncoscopia: en tercio distal de la tráquea mucosa de aspecto tumoral que ocluye la luz al 50% y en espiración al 85%. En árbol bronquial bilateral se observa una mucosa hiperémica y engrosada. Anticuerpos para enfermedad autoinmune negativos.

Juicio clínico: Amiloidosis traqueobronquial.

Diagnóstico diferencial: Bronquitis de repetición, neumonías, patología tumoral, insuficiencia cardíaca.

Comentario final: La amiloidosis es una enfermedad sistémica de origen desconocido que se caracteriza por depósito extracelular de proteínas, la afectación pulmonar por amiloidosis puede ser tanto secundaria como primaria, sistémica o localizada. Se estima una incidencia entre 5 y 10 personas por millón de habitantes/año; sin embargo, la afectación primaria pulmonar es mucho más infrecuente. Nos encontramos ante un caso complicado que va a requerir un apoyo multidisciplinar tanto desde el centro de salud como hospitalario. Aunque ha mejorado con el tratamiento corticoideo y braquiterapia, la paciente se encuentra muy incapacitada. Presenta episodios frecuentes de disnea por tapones mucosos, tiene fracturas vertebrales por osteoporosis secundaria al tratamiento con corticoides.

Bibliografía

1. O'Regan A, Fenlon HM, Beamis JF jr, et al.: Tracheobronquial amiloidosis. The Boston University experience from 1984 to 1999. *Medicine (Baltimore)*. 2000;79(2):69-79.
2. Cordier JF, Loire R, Brune J. Amyloidosis of the lower respiratory tract. Clinical and pathologic features in a series of 21 patients. *Chest*. 1986;90(6):827-31.
3. Undurraga F, Jadue C, Cáceres R. Amiloidosis endobronquial. *Rev Chil Enf Respir*. 2005;21:193-9.

Palabras clave: Amiloidosis. Disnea. Braquiterapia.