



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2887 - DOCTOR, NO SE ME QUITA LA TOS

V. Cascales Saéz<sup>a</sup>, C. Hato Antón<sup>a</sup>, M. Martínez Ferri<sup>b</sup>, J. López Díez<sup>c</sup>, J. López Marín<sup>c</sup> y A. Cebrián Cuenca<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer marroquí de 37 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes médico-quirúrgicos. Vive en España desde hace 8 años. Acude por tos continua desde hace un año, anorexia el último mes y disnea de moderados esfuerzos. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general con SatO<sub>2</sub> 95%. Sólo destaca en la exploración física un rash macular en MMII. Analítica: parámetros normales. Radiografía tórax: Patrón reticulonodulillar difuso predominante en campos basales y medios con ensanchamiento hilar bilateral. Espirometría: FEV<sub>1</sub> 2.220 ml (72%), FVC 2.760 (79%), IT 0,3984. TAC tórax: Afectación intersticial difusa micronodular, con adenopatías mediastínicas e hiliares. Sugiere proceso granulomatoso.

**Juicio clínico:** Se deriva a Neumología donde completan estudio con ecografía abdominal (sarcoidosis esplénica), fibrobroncoscopia con EBUS (BAL linfocitosis del 58% CD4/CD8 5,39299), ecocardiograma (descarta HTP) y biopsia transbronquial (enfermedad granulomatosa). Diagnóstico: sarcoidosis estadio II. Tratamiento con prednisona, con mejoría clínica y radiológica.

**Diagnóstico diferencial:** Fibrosis pulmonar idiopática. Bronquiolitis. Neumonía intersticial. Sarcoidosis. Proteinosis alveolar. Linfangiopleiomatosis. Neumonía organizada criptogénica. Histiocitosis de células de Langerhans. Enfermedades granulomatosas. Neoplasias.

**Comentario final:** Ante un paciente con disnea y tos de larga evolución en Atención Primaria debemos realizar una buena anamnesis y exploración física para filiar origen pulmonar o cardíaco. Asma, EPOC y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) son las etiologías respiratorias más frecuentes. La presentación típica de disnea de esfuerzo, patrón intersticial difuso y alteración ventilatoria restrictiva debe orientarnos a EPID. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa que cursa típicamente en pacientes jóvenes (20-40 años) con predominio de infiltrados en lóbulos superiores, eritema nodoso, hipercalcemia con hipercalciuria y aumento de CD4 > CD8.

## Bibliografía

1. Sanz Trepiana L, Fernández Gil C. Disnea. En: Aguilar Rodríguez F, ed. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital 12 de Octubre, 7<sup>a</sup> ed. Madrid; 2012. p. 86-90.

2. De la Torre Carazo S, Fernández Gil C. Enfermedades pulmonares intersticiales. En: Aguilar Rodríguez F, e. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012. p. 437-45.
3. Cano Jiménez EA. Guía clínica de Enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Fistera.com, 2013.

**Palabras clave:** Disnea. Adenopatía. Sarcoidosis.