



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4956 - ASTENIA EN URGENCIAS

M. Vizcarra Manrique<sup>a</sup>, D. Rojas Jiménez<sup>a</sup>, T. Rodríguez Martínez<sup>a</sup>, M. Elizari Roncal<sup>b</sup>, C. Gallego Nieto<sup>b</sup> y C. Bernuy Galvez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos. <sup>c</sup>Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Santiago Apóstol. Miranda del Ebro. Burgos.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 81 años HTA, hiperlipemia, fibrilación auricular y depresión. Tratamiento: omeprazol, Zarator, duloxetina, mirtazapina, Beloken, Seguril, Sintrom, eplerenona, ramipril, Trangorex. Acude a urgencias por cuadro de diez días de tos sin expectoración que se asocia con astenia generalizada e intensa. No disnea, ortopnea ni DPN, no edemas de extremidades. No dolor torácico ni palpitations, refiere episodios de mareo inespecífico. No dolor ni fiebre. Ingresa en Unidad corta estancia de Urgencias y luego a neumología para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. TA: 105/46. FC 58. Sat% 78 (FiO<sub>2</sub>: 40%). FR 28 Taquipneico en reposo, no IY. Crepitantes hasta tercio medio de ambos campos. Hemoglobina 11,1, hematocrito 32,6%, leucocitos 17,3, neutrófilos 87,0%, linfocitos 7,4%, plaquetas 268,0 mil/mmc, VSG: 103 INR 2,1, fibrinógeno 867,0 ml/dl. Urea 92 mg/dl, creatinina 2,30 mg/dl, CK 81,0 UI./l, sodio 128 mEq/l, cloro 93 mEq/l, troponina alta sensibilidad 48, pro-BNP 2.789 pg/ml. TSH, 44,4 T4L 0,3. Citomegalovirus IgG e IgM negativo. Epstein-Barr EBNA-IgG positivo, IgM anticapside negativo. Anti-VIH 1 y 2/Ag p24 negativo. Rx tórax: infiltrado alveolo intersticial. ECG: RS a 55 lpm, BAV primer grado + BIRIHH. GA FiO<sub>2</sub> 40%: pH 7,47, PCO<sub>2</sub> 27, PO<sub>2</sub> 74, SO<sub>2</sub> 96%. TACAR: extensa afectación parenquimatosa pulmonar inespecífica, pudiendo corresponder con toxicidad parenquimatosa medicamentosa dado el contexto clínico del paciente, no descarta NIU, NINE... Dilatación del tronco arterial pulmonar principal, así como de las arterias pulmonares principales, a valorar hipertensión pulmonar. Ecocardiograma: ritmo sinusal 74 lpm. VI y FEVI normales. No se objetivan alteraciones de contractilidad segmentaria. Dilatación AI. Ventrículo derecho dilatado, hipocinético, IT ligera. PAPS 57+PVC. Flujo pulmonar tipo III. Dilatación de tronco pulmonar. No derrame.

**Juicio clínico:** Probable fibrosis pulmonar secundaria a amiodarona. Insuficiencia respiratoria. Hipotiroidismo.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía intersticial usual. Neumonía intersticial no específica.

**Comentario final:** El diagnóstico de esta patología es difícil y por exclusión porque las imágenes radiológicas no son específicas. El paciente presenta importante insuficiencia respiratoria por lo que se encuentra con tratamiento empírico con corticoides.

## **Bibliografía**

1. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas, Arch Bronconeumol. 2003;39:580-600.
2. Aronson MA. Meyler`s Side Effects of Drugs.

**Palabras clave:** Amiodarona. Fibrosis pulmonar.