



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2777 - LE QUEDAN 3 MESES DE VIDA

M. Gutiérrez García^a, M. Pérez Garrachón^b, T. Ruiz Albi^c y H. Avellón Liaño^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Tordesillas. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Canterac. Valladolid Este. ^cMédico neumólogo. Hospital Río Hortega. Valladolid. ^dMédico neurólogo. Virgen de la Vega. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón 55 años. No RAMC. Madre con artritis reumatoide (AR). Exfumador de 30 cigarros/día. Ha trabajado en gravera 5 años (polvo de piedra). Diagnosticado de poliartritis reumatoide seropositiva (FR y ac. PCC positivos) y enfermedad obstructiva pulmonar en 2013. En tratamiento semanal con metotrexate y ácido fólico, metilprednisona 4 mg diario y leflunocida diarios bronconeumonía con derrame pleural y hemoptisis en 2015, con presencia de signos incipientes de fibrosis pulmonar. Durante 2 meses presenta cuadro de diaforesis nocturna, sin fiebre; junto con astenia y pérdida de peso de 18 kg. Tos nocturna. Su médico de familia solicita radiografía (Rx) de tórax y envía a urgencias por presencia de imágenes patológicas,

Exploración y pruebas complementarias: ACP: normal. Abdomen y extremidades normal. Analítica y coagulación: 594.000 plaquetas. Resto normal. Rx tórax: patrón nodular bilateral con nódulos de diferentes tamaños. Descartar patología tumoral. TAC-torácico: masa pulmonar sólida de contornos mal definidos en LSD de 5,5 cm Adenopatías paratraqueales derechas, prevasculares, ventana orto-pulmonar e hiliares y subcarinales. Se solicitan pruebas ambulatorias y le dicen a paciente, parecen metástasis "le quedan como unos 3 meses de vida". PAAF nódulo LSD no concluyente. Broncoscopia normal. Cultivo esputo negativo. FEV1/FVC 77%. La anatomía patología intraoperatoria en intervención por Cirugía torácica confirma linfadenitis granulomatosa. Biopsia: ganglio linfático con una antracosis moderada, granulomas necrotizantes con centro necrobiótico, algunos están evolucionado con zonas de fibrosis central.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Caplan.

Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide. Neoplasias. Neumoconiosis. Procesos granulomatosos crónicos. Infecciones.

Comentario final: El síndrome de Caplan es una afectación inflamatoria pulmonar reactiva al "polvo laboral" en un paciente con artritis reumatoide. La incidencia es de 1 por 100.000 pacientes. Se presenta con tos, dificultad para respirar y síntomas de AR. Los nódulos pulmonares varían de 0,5 a 5 cm. Suelen ser asintomáticos y evolución variable. Si hay alguno atípico hay que plantearse diagnóstico histológico para descartar tumor. No requieren tratamiento. Su médico de familia debe hacer seguimiento de su función pulmonar y posibles complicaciones a fibrosis pulmonar.

Bibliografía

1. Tanoise LT. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis Clin Cheer Med. 1988;19:667-85.

Palabras clave: Síndrome de Caplan. Artritis reumatoide. Neumoconiosis.