



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3106 - AUSCULTANDO CREPITANTES TIPO VELCRO

M. Cano Torrente<sup>a</sup>, R. Román Martínez<sup>b</sup>, J. Martínez Martínez<sup>c</sup> y E. Sánchez Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años diabético no insulino dependiente, dislipémico. Exfumador. Presenta asma con obstrucción crónica al flujo aéreo en tratamiento con formoterol y budesonida inhalados, bromuro de tiotropio y montelukast. Agricultor jubilado. Acude por disnea a moderados esfuerzos, despertares nocturnos casi a diario, rinorrea transparente y dificultad para la expectoración. A la exploración, saturación de oxígeno con pulsioxímetro de 93%, FC 90 lpm, auscultación pulmonar con crepitantes teleinspiratorios tipo velcro bibasales. AC: tonos rítmicos, sin soplos audibles. Se solicita radiografía de tórax, analítica y se intensifica tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la radiografía de tórax se aprecia patrón reticulonodulillar difuso bibasal no presente en radiografías previas. Sin imágenes sugestivas de infiltrado ni condensación. Senos costofrénicos libres. Espirometría postbroncodilatación de hace un mes presentaba FEV1/FVC 96, FEV1 2100 (73%), FVC 2190 (54%). Analítica con leve aumento de los reactantes de fase aguda sin otras alteraciones. Se deriva al servicio de Neumología para valoración por mal control de los síntomas y hallazgos en la prueba de imagen. Realizan TAC de tórax que se informa como afectación intersticial bilateral, con áreas de atenuación en vidrio deslustrado, patrón reticular grosero periférico, algunas bronquiectasias por tracción y áreas de panalización subpleural; sugerente de neumopatía intersticial con signos de fibrosis pulmonar (probable NIU). Estudio de autoinmunidad resulta anodino. BAL y BAS negativos.

**Orientación diagnóstica:** Fibrosis pulmonar idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonitis por hipersensibilidad, enfermedades del tejido conectivo y asbestosis.

**Comentario final:** La fibrosis pulmonar idiopática se define como una neumonía intersticial fibrosante pulmonar crónica, limitada al pulmón, de causa desconocida, que afecta a personas mayores de 50 años y que se asocia a un patrón radiológico y/o histológico de neumonía intersticial usual (NIU). Para el diagnóstico precoz es fundamental la sospecha clínica y la auscultación de crepitantes tipo velcro que son característicos. Nuestro paciente se trató con antifibróticos (pirfenidona) corticoides a altas dosis e inhaladores mejorando la sintomatología. Actualmente se encuentra asintomático y con muy buena calidad de vida.

## **Bibliografía**

1. King TE. Interstitial Lung Diseases. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al., eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª ed. New York. Mc-Graw-Hill, 2008; p. 1643-51.

**Palabras clave:** Fibrosis. Crepitantes. NIU.