



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3243 - DISNEA EN EL PACIENTE REUMATOLÓGICO

M. Sánchez Jaén¹, D. Vázquez Mallada², Á. Moreno Martín¹ y C. Cuello Estrada¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 66 años exminero, exfumador con índice paquetes año (IPA) de 40, artritis reumatoide a tratamiento con metotrexate y diabetes mellitus tipo 2, que acudió a Atención Primaria (AP) por dolor torácico tipo pleurítico, continuo, de tres días de evolución sin cortejo vegetativo ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, tensión arterial 126/81 mmHg y Sat O₂ 94%, auscultación cardiaca rítmica sin soplos con electrocardiograma en ritmo sinusal, sin observar signos de isquemia. Auscultación pulmonar con subcrepitantes bibasales, por lo cual se derivó a urgencias. Desde el hospital le realizaron radiografía de tórax sin cambios respecto a previas, solicitando interconsulta a Neumología y Cardiología. Tras estudio en Cardiología, le realizaron un TAC donde se evidenció patrón intersticial con reticulación subpleural y panalización en lóbulos inferiores. Le remitieron a Neumología, espirometría: FEV₁ 3.290 ml (104%), FEV₁/FVC 73, FVC 4.460 ml (110%) y DLCO 6,9 (76%), destacando la disminución de la difusión.

Orientación diagnóstica: Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) secundaria a artritis reumatoide.

Diagnóstico diferencial: Silicosis, fibrosis por metotrexate.

Comentario final: Visto por Reumatología, se decidió suspender el metotrexate pudiendo ser la fibrosis un efecto secundario del mismo. El paciente volvió a acudir a AP por aumento de la disnea (disnea grado III) y tos con expectoración blanquecina de 2 semanas de evolución con una Sat O₂ 88%, derivándolo a Urgencias. Se concluyó que la fibrosis pulmonar que padecía era consecuencia de la patología reumatológica, siendo diagnosticado de neumonía intersticial usual (NIU). Tras el diagnóstico, le pautaron prednisona, con buena respuesta. En el diagnóstico de la fibrosis pulmonar el parámetro más sensible fue la reducción de DLCO, constituyendo el TAC la prueba de imagen estrella. La incidencia de toxicidad asociada a metotrexate es de un 1-5%.

Bibliografía

1. González EG. Artritis reumatoide y pulmón. *Neumología y Cirugía Torácica*. 2008;67(2):75-8.

Palabras clave: Fibrosis pulmonar. Artritis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.