



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/900 - DEL RIÑÓN AL PULMÓN. LA HISTORIA DE UNA BUENA AMNESIAS

D. Gibellino Coelho Achega y C.M. Sánchez Pérez

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años con antecedentes de vértigo en estudio por ORL, talasemia menor, ITU de repetición en tratamiento con nitrofurantoína, no hábitos tóxicos ni FRCV que acude por disnea. Desde hace 4 meses tos seca y dolor retroesternal con la inspiración profunda, y sensación de carraspera pero sin hemoptisis, junto a cansancio, disnea y frío. Disminución del apetito y pérdida de 5-6 kg.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma compatible con talasemia menor, bioquímica (perfil hepato-renal y lipídico), coagulación, gasometría arterial normales, Sat 95%. ECA 0, marcadores tumorales negativos. Inmunoproteínas normales, proteinograma con elevación de fracción alfa y beta. ANCA positivos con patrón atípico, los demás normales. Espirometría con patrón restrictivo y disminución de volúmenes. BAL normal (población linfocitaria mayoritaria de CD8, con CD4/CD8 de 0,16, y un 73% de macrófagos), cultivos para micobacterias. Citología normal. PET-TC normal. TACAR con patrón compatible con FPI/NIU. AP biopsia bronquial: Imagen histológica sugestiva de neumonía intersticial. Rx tórax con patrón intersticial bilateral con micronódulos bilaterales. AP con llamativos crepitantes secos en campos inferiores.

Juicio clínico: EPID secundaria a nitrofurantoína.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, FPI, sarcoidosis, tumor linfóide, neumonías intersticiales idiopáticas.

Comentario final: Tras suspender toma de nitrofurantoína e iniciar tratamiento con corticoides la paciente mejoró de la tos así como de la disnea (espirometría con ganancias de más de 1 litro en Vt). No dosis-dependientes, con gran variedad de síntomas, y puede estar relacionada con toxicidad hepática. Prevalencia de 85-95% en mujeres con 60-70ª. Puede ser aguda (días de evolución) o crónica (tras meses a dosis bajas). Disnea, tos seca y cansancio. Síntomas menos intensos. Fiebre poco frecuente. Elevación de gammaglobulinas, eosinofilia, elevación de transaminasas y VSG. ANA y factor reumatoide). Patrón restrictivo, opacidades pulmonares en vidrio deslustrado en Rx tórax, combinado con antecedentes. Puede tardar semanas-meses que desaparezcan los hallazgos radiológicos. El abandono de tratamiento generalmente resuelve el cuadro, a veces son necesarias semanas-meses para la recuperación. Puede utilizarse tratamiento con glucocorticoides, aunque su eficacia no ha sido probada. Suele utilizarse una dosis de 20-40 mg de prednisona. El pronóstico es bueno, si se reconoce pronto y se detiene la exposición. La mayoría de los pacientes con reacción aguda se recuperan en 15 días. Los pacientes con reacciones crónicas se recuperan entre 2 semanas

y 3 meses, aunque cambios fibróticos persisten en 2/3 de los pacientes. En TC se ha observado la desaparición de cambios intersticiales avanzados, aunque también se han comunicado casos fatales. La importancia de una buena anamnesis queda justificada una vez más, siendo fundamental para solucionar este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas KW, Hunninghake GW. Sarcoidosis. *JAMA* 2003;289:3300.
2. Rybicki BA, Major M, Popovich J Jr, et al. Racial differences in sarcoidosis incidence: a 5-year study in a health maintenance organization. *Am J Epidemiol.* 1997;145:234.
3. Baughman RP, Lower EE, du Bois RM. Sarcoidosis. *Lancet.* 2003;361:1111.
4. Martinetti M, Tinelli C, Kolek V, et al. "The sarcoidosis map": a joint survey of clinical and immunogenetic findings in two European countries. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995;152:557.
5. Newman LS, Rose CS, Maier LA. Sarcoidosis. *N Engl J Med.* 1997;336:1224.
6. Morimoto T, Azuma A, Abe S, et al. Epidemiology of sarcoidosis in Japan. *Eur Respir J.* 2008;31:372.
7. Johnson LA, Edsall JR, Austin JH, Ellis K. Pulmonary sarcoidosis: could mycoplasma-like organisms be a cause? *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 1996;13:38.
8. Bocart D, Lecossier D, De Lasseigne A, et al. A search for mycobacterial DNA in granulomatous tissues from patients with sarcoidosis using the polymerase chain reaction. *Am Rev Respir Dis.* 1992;145:1142.
9. Rybicki BA, Iannuzzi MC, Frederick MM, et al. Familial aggregation of sarcoidosis. A case-control etiologic study of sarcoidosis (ACCESS). *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;164:2085.