



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/853 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACROPAQUIA

M.J. Gamero Samino<sup>a</sup>, I.M. Luna Calcaño<sup>b</sup>, E. Sánchez Fernández<sup>c</sup>, A. González Cárdenas<sup>d</sup>, D. Martí Hita<sup>e</sup> y J.J. Gomáriz García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Totana Norte. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca-Sur. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital de Lorca. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 74 años, sin ap de interés personales ni familiares, salvo fumador activo con IPA: 42 paquetes/año presenta un cuadro de disnea a moderados esfuerzos y tos no productiva de larga data. No refiere fiebre. No refiere sintomatología cardiovascular concomitante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Eupneico en reposo. SatO<sub>2</sub>: 95%. FC: 60 pm. Ausc. resp: crepitantes basales bilaterales. Hipofonesis en resto. Deformidad de última falange de ambas manos. AC: rítmico, no soplos. No edemas en MMII. ECG: RS sin alteraciones significativas. Tratamos con combinación dual: glicopirronio/indacaterol de forma empírica por síntomas y antecedentes sugerentes de EPOC/proceso inflamatorio. Rx tórax AP: con un patrón reticular-vidrio deslustrado de predominio en bases. Espirometría basal: FVC: 2.630 (67%), FEV1: 2.020 (67%). Se IC a Neumología, quienes solicitan un TACAR: engrosamiento intersticial interlobular y engrosamiento intersticial subpleural adyacente a cisuras, con múltiples imágenes radiolucetas subpleurales bilaterales algunas con paredes finas, y pequeñas bronquiectasias por tracción.

**Juicio clínico:** Enfermedad pulmonar intersticial difusa tipo NIU (neumonía intersticial usual).

**Diagnóstico diferencial:** EPOC: la retención de carbónico puede dar lugar a acropaquias. Neumonía: presencia infiltrados pulmonares. Sarcoidosis estadio IV, infiltrados y nódulos. Procesos cardiovasculares que originan disnea.

**Comentario final:** La disnea progresiva y la tos son motivo frecuente de consulta en A.P. y es la forma de presentación de la NIU. Es fundamental, con la anamnesis, la exploración, la espirometría y la radiología, descartar esta entidad y diferenciarla de la EPOC, ya que el abordaje, tratamiento y pronóstico son muy diferentes. Aunque el diagnóstico definitivo será por anatomía patológica, un patrón restrictivo en espirometría y un patrón intersticial en radiología, avalan que se trate de una NUI y no de una EPOC. En este caso los glucocorticoides y los inmunosupresores sería el tratamiento a valorar.

## Bibliografía

1. American Thoracic Society/European Respiratory Society. Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International consensus statement. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161:646-64.

**Palabras clave:** *Disnea. Acropaquia. Fibrosis pulmonar.*