



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2279 - NUNCA OLVIDES TU FONENDO

L. López Liébana<sup>a</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>b</sup>, N. Blanco Valle<sup>b</sup>, I.J. Triviño Campos<sup>b</sup>, G. García Estrada<sup>c</sup>, M.L. García Estrada<sup>d</sup>, H.A. Espinosa Custodio<sup>b</sup>, B. Calleja Arribas<sup>b</sup>, J. Rodríguez Paredes<sup>b</sup> y A. Irimia<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. <sup>c</sup>Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. <sup>e</sup>Médico Adjunto de Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 71 años, sin hábitos tóxicos, trabaja como Sacerdote, sobre todo en Manila y Hong Kong, aunque viaja a otras zonas de Asia. Hiperlipemia mixta, intolerancia a la glucosa, HPB. Intervenido pólipo en cuerdas vocales, amigdalectomía. Tratamiento: dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 1-0-0, atorvastatina 10 mg 0-0-1 y lansoprazol 15 mg 1-0-0. Acude a consulta con cuadro de afonía y dolor en base de hemotórax derecho, disnea progresiva y tos no productiva. Neumonía basal derecha 6 meses antes. Tras auscultación de crepitantes secos basales, solicito Rx de tórax y se deriva al paciente a Neumología con sospecha de EPID (Enfermedad pulmonar idiopática difusa).

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación pulmonar: crepitantes en ambas bases y campos medios, más derechos de tipo velcro. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral recomendando TAC torácico. Abdomen no doloroso, no visceromegalias, no acropaquias, no edemas. Rx tórax: patrón intersticial bilateral. TC tórax: patrón intersticial reticular de predominio periférico y en lóbulos inferiores, con algunas bronquiectasias de tracción, no panalización, no adenopatías ni derrame pleural. Espirometría: normal. Difusión pulmonar: DLCO-SB 15,4 ml/min/mmHg (63%). DLCO/VA 3,7 ml/min/mmHg/L (98%). Prueba de 6 minutos: Distancia recorrida 540 m. Sat O<sub>2</sub> inicial: 96%. Sat O<sub>2</sub> final: 93%. Sat O<sub>2</sub> mínima: 92%. Sat O<sub>2</sub> media: 93%. ECG: ritmo sinusal normal. Cultivos *Aspergillus* negativos. Alfa1 antitripsina 89 mg/dL. IgE total 129,00 kU/L. TCAR: patrón de reticular con engrosamiento de septos de predominio periférico, y basal, con pequeñas áreas de panal de abeja en lóbulos inferiores consistentes con NIU (neumonía intersticial usual).

**Juicio clínico:** EPID con criterios clínicos, radiológicos y funcionales de FPI (fibrosis pulmonar idiopática).

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades del tejido conectivo, neumoconiosis, neumonía intersticial, amiloidosis, eosinofilia pulmonar, sarcoidosis

**Comentario final:** La auscultación de crepitantes secos bibasales fueron la clave para la sospecha de la enfermedad pulmonar intersticial. Tras inicio de tratamiento con pirfenidona 267 mg (3 comp/8 horas) se realizan controles de función renal y hepática y vigilancia de peso La enfermedad se

mantiene estable 2 años después, no presenta limitaciones para su vida diaria.

### **Bibliografía**

1. Behr J. Evidence-based treatment strategies in idiopathic pulmonary fibrosis. Eur Respir Rev. 2013;22:163-8.

**Palabras clave:** *Disnea. Crepitantes.*