



242/4539 - DISNEA GRAVE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

A. Fernández Cruz^a, M. Cabrera Utrera^a, C. Jiménez Peiró^b, V. Fajardo Fernández^a, L. Duarte Perdigones^a y M. Fuentes Leiva^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años que acude por disnea de mínimos esfuerzos con tos, sin expectoración y febrícula de una semana de evolución. Refiere astenia, anorexia y pérdida de 5 kg de peso desde hace dos semanas. AP: No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora: ≥ 20 paquetes/año. FRCV: HTA, DM2, hipercolesterolemia. Historia reumatológica: S. Sjögren, lupus discoide (1999) y osteoporosis. En 2010 no criterios de artritis reumatoide (aunque FR > 155 y anticuerpos anticitrulina positivos). No antecedentes neumológicos. Antecedentes epidemiológicos sin interés. Tratamiento habitual: carbonato cálcico, lorazepam, bisoprolol, enalapril/HCT, gliclazida, omeprazol, simvastatina, quinacrina. Situación basal: independiente para las actividades de la vida diaria. En ambulatorio: SatO₂: 97%, AR: sibilantes aislados. Se trata como bronquitis (amoxicilina y broncodilatadores). Empeoramiento progresivo de la disnea en las siguientes dos semanas, por lo que precisa ingreso en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: Disneica en reposo con tiraje supraclavicular, TA: 91/64 mmHg, FC: 68 lpm, satO₂: 87% basal, FR: 33 rpm. AC: normal, AR: crepitantes en 2/3 inferiores bilaterales. No criterios ICC. Analítica: hemograma normal, sodio 127 mmol/L, potasio 4,3 mmol/L, Cr 81 μ mol/l, FG 63,3 ml/min, PCR 98,03 mg/L. Anticuerpos antiDNA negativos. Rx tórax: infiltrados alveolo- intersticiales bilaterales. Broncoscopia: normal. Microbiología: GRAM, aerobios, KOH, neumococo y Legionela negativos. PCR Influenza A y B: negativos. TAC torácico: opacidades en vidrio deslustrado (predominio campos medios e inferiores) sugiriendo neumonía intersticial no específica (NINE). Durante el ingreso: corticoterapia a dosis altas, antibioterapia empírica, broncodilatadores y oxigenoterapia.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria aguda. Neumonía intersticial no específica (NINE).

Diagnóstico diferencial: Patología infecciosa descartada: serologías negativas. Neumonitis lúpica: antiDNA normal. Hemorragia alveolar difusa: no hemoptisis.

Comentario final: El papel de atención primaria es fundamental en: el manejo de la incertidumbre ante sintomatologías inespecíficas como debut de patologías graves, dando siempre normas de reconsulta a los pacientes, seguimiento telemático durante el ingreso hospitalario y control evolutivo del paciente tras el alta.

Bibliografía

1. King TE, Kline J. Enfermedades pulmonares intersticiales. En: Porter RS. El Manual Merk de diagnóstico y terapéutica, 19ª ed. Madrid: Panamericana; 2014. p: 1663-86.

Palabras clave: Disnea. Neumonía idiopática intersticial.