



242/2111 - ESTUDIO DE PACIENTE CON DISNEA

H. Santos González^a, M. Faro Colomé^b y M. Iglesias Rodríguez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Nord. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Terrassa Nord. Barcelona. ^cMédico de Familia. CAP Terrassa Nord. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre 54 años originario de Marruecos, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos. No antecedentes patológicos de importancia. Trabaja en la construcción (reformas de piso, cerámica y mármol), no utiliza nórdicos, no aves en casa. Acude por disnea de esfuerzo y astenia de 4 meses de evolución. No hemoptisis, no dolor torácico, no síndrome tóxico, no fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: normal. Radiografía tórax: sugestivo condensación neumonía en lóbulo superior derecho (LSD), a descartar causa subyacente y completar con tomografía computarizada (TC). Se deriva a unidad de diagnóstico rápido (UDR). Analítica: normal. Espirometría: FVC: 66%, FEV1: 59%, FEV1/FVC: 68%. PBD: positiva. TC: masa parahiliar derecha 7 × 4 cm, envuelve bronquio principal derecho en LSD. Tm Pulmonar T4N3M1a. Imagen hepática inespecífica, adenopatías inter-aorto-cava y para aórticas izquierdas y peri pancreáticas. Presentado en Comité de Tumores. Broncoscopia: bronquio lobar superior derecho mucosa infiltrada que condiciona ligera estenosis. Biopsia: inflamación granulomatosa necrotizante.

Juicio clínico: Paciente que consulta por disnea de meses de evolución que se realiza radiografía tórax que muestra una masa pulmonar. La biopsia solicitada por UDR descarta proceso neoplásico y es compatible con sarcoidosis. Se inicia tratamiento con corticoides a altas dosis mejorando la sintomatología y resolución de la imagen en radiografía de tórax.

Diagnóstico diferencial: Valvulopatía cardíaca, insuficiencia cardíaca, nódulo pulmonar, neoplasia pulmonar, tuberculosis.

Comentario final: La sarcoidosis tiene una baja prevalencia, pero es importante que ante un paciente con disnea y en una radiografía con una masa pulmonar, tener presente esta patología como diagnóstico diferencial. El acceso del médico de atención primaria a la UDR mejora la rapidez en el diagnóstico y el tratamiento, así como la coordinación entre niveles asistenciales.

Bibliografía

1. King TE. Clinical manifestations and diagnosis of pulmonary sarcoidosis. Uptodate, 2017.
2. Judson MA, et al. Murray and Nadel's textbook of Respiratory Medicine.
3. Thomas KW, Hunninghake GW. Sarcoidosis. JAMA. 2003;289:3300.

Palabras clave: Sarcoidosis pulmonar. Enfermedades pulmonares.