



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3434 - HEMOPTISIS

S. Carrascal Seco^a, V. Villegas Rodríguez^b, A. Álvarez Dueñas^c, G. Córdoba Quishpe^d, V. Medina Pedraza^d y A. da Silva González^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Canillejas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Canillejas. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Muzas. Madrid. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años, hipertensa, con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva leve, FA, asma y parkinsonismo, que acude a su médico de atención primaria por presentar desde hace 3 semanas astenia, mialgias, febrícula, aumento de disnea habitual acompañada de expectoración levemente hemoptoica y edemas. Ha realizado dos ciclos de tratamiento antibiótico sin presentar mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratada y normoperfundida. ACP arrítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Miembros inferiores con signos de insuficiencia venosa crónica y edemas con fóvea en tercio distal. En la analítica destaca Cr de 2,23 y FG-MDRD4 de 19,51 ml/min. Dados los hallazgos analíticos, la paciente fue derivada a Urgencias, donde se amplió el estudio y llamó la atención una elevación del P-ANCA 123 U/ml y proteinuria de < 200 mg/min. Además se realizó radiografía de tórax encontrando cardiomegalia, aumento de trama intersticial bilateral e infiltrado alveolo intersticial en lóbulo superior derecho, y una ecografía renal visualizando parénquima hiperecogénico, mala diferenciación cortico-medular, múltiples quistes, y riñón izquierdo con cortical en límite de normalidad, sin litiasis ni vía dilatada. Dada la elevada edad y comorbilidad, así como la situación mecánica y respiratoria de la paciente, se desestima la realización de biopsia renal por alto riesgo. Se decide iniciar tratamiento inmunosupresor con prednisona y ciclofosfamida.

Juicio clínico: Vasculitis P-ANCA positivo.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis. Tromboembolismo pulmonar. Neoplasia.

Comentario final: La vasculitis de Wegener es un cuadro clínico-patológico que cursa con inflamación granulomatosa del tracto respiratorio, glomerulonefritis necrotizante focal y vasculitis necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre. Junto a ello, se detectan anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo C-ANCA/anti-PR 3, en el 90% de los pacientes, y P-ANCA/anti-MPO que pueden aparecer en el 20% de los casos. Tiende a ser crónica y recidivante. Una biopsia permite obtener un diagnóstico y tratamiento correctos. Puede afectar cualquier órgano y aparecen

frecuentemente síntomas generales como fiebre, astenia, anorexia, mialgias y pérdida de peso.

Bibliografía

1. Trénor Larraz P, Martínez Cristóbal A, Pallardó Calatayud Y. Vasculitis sistémicas asociadas a ANCA: Granulomatosis de Wegener y Poliangeítis microscópica. Sociedad Valenciana de Reumatología. Disponible en:
<http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-14-Vasculitis-sistemicas-asociadas-a-ANCA.pdf>

Palabras clave: Hemoptisis. Mialgias. Astenia.