



## 242/3091 - LA CARA OCULTA DE LOS FÁRMACOS

I. Aguilar López<sup>a</sup>, L. Delgado Fernández<sup>b</sup>, C. Morillo-Velarde Moreno<sup>c</sup>, L. Rojas Feixas<sup>d</sup>, C. Moreno de Juan<sup>e</sup> y A. Fontans Salguero<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lucena II. Córdoba. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Enfermedad actual: mujer 58 años. Ingreso en planta de neumología procedente urgencias donde acude derivada desde su centro de salud tras no mejoría a la administración de aerosolterapia. Desde hace dos meses presenta disnea progresiva hasta hacerse a mínimos esfuerzos. Tos seca. No ortopnea. No dolor torácico, hemoptisis, fiebre ni otro síntoma acompañante. Pérdida ponderal. Antecedentes de interés: no AMC. Exfumadora desde hace 30 años (5-10 paquete/año). Cistitis intersticial. HTA. Rinoconjuntivitis estacional. Tratamiento habitual: amlodipino, amitriptilina, nitrofurantoína.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC: 100 lpm, SatO<sub>2</sub> basal: 92%. Normohidratada y normoperfundida. COC. Afebril. Obesa. Eupneica en reposo. No acropaquias. ARC: tonos rítmicos, sin soplos. Crepitantes en velcro bilaterales, mayor en base izquierda. Bioquímica: glucosa 114, K 5,2, LDH 526. Hemograma y coagulación normal. Gasometría basal: PO<sub>2</sub> 65, PCO<sub>2</sub> 32,7, pH normal. EKG: ritmo sinusal a 110 lpm. Radiografía de tórax: patrón reticulonodular bilateral de predominio en bases, mayor en base izquierda. TAC torácico: múltiples áreas parcheadas en vidrio deslustrado repartidas de forma difusa tanto en zonas centrales como periféricas con algunas opacidades reticulares asociadas No adenopatías mediastínicas significativas.

**Juicio clínico:** Enfermedad pulmonar intersticial difusa por nitrofurantoína.

**Diagnóstico diferencial:** Edema pulmonar, ABPA, sarcoidosis, hemorragia pulmonar.

**Comentario final:** Como médicos de atención primaria debemos prestar atención a los antecedentes epidemiológicos y al ámbito socio-familiar de nuestros pacientes. La disnea es un síntoma con un amplio diagnóstico diferencial. Una buena anamnesis, que incluya los tratamientos que toman o han tomado, y exploración física correcta pueden ser de gran ayuda para un correcto juicio diagnóstico y plan terapéutico.

### Bibliografía

1. Segado Soriano A, Sánchez Osuna L, Bioque Rivera JC, Pérez Tejero, L. Poyato González B.

Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Enfermedades intersticiales difusas del pulmón secundarias o asociadas a procesos no bien definidos. Neumosur 2016.

2. Rubio Goday M, Bernado Turmo L. Lesiones pulmonares inducidas por fármacos. Med Integral. 2002;40(2):64-75.

**Palabras clave:** Disnea. Vidrio deslustrado. Intersticial.