



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3522 - DIFICULTAD RESPIRATORIA, ¿METÁSTASIS PULMONARES O SECUNDARISMO FARMACOLÓGICO?

M. Cabrera Utrera^a, A. Fernández Cruz^a, P. Machado Fernández^b y B. Henares Sánchez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell. Barcelona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Martorell Urbà. Barcelona. ^cMédico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años, consulta por dificultad respiratoria y malestar general de 10 días de evolución, no fiebre ni otra sintomatología. Caída accidental días previos con hematoma importante en glúteo derecho. Exploración: Sat 93%, auscultación: crepitantes generalizados. Se pide Rx tórax y se aprecia patrón intersticial bilateral. Se deriva a urgencias. AP: no alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos. HTA, DLP, ACXFA paroxística (no anticoagulada por HAS-BLED elevado). Fractura L4 osteoporótica, espondilolistesis L4-L5. Diciembre 2017: carcinoma ductal infiltrante mama derecha (Rx estudio extensión normal), cuadrantectomía derecha, no QMT ni RDT. Tratamiento habitual: adiro 100 mg 1-0-0, targin 10/50 1-0-1, tamoxifeno 20 mg 1-0-0, trangorex 200 mg (5 d/semana, inicio 11/16), lormetazepam 1 mg 0-0-1.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, TA 105/71, FC 144 lpm, FR 24x, T^a 36,3 °C, Sat O₂ 85%. AP: crepitantes secos en campos medios e inferiores. AC: rítmica, sin soplos. Analítica a destacar: Hb 11 g/L, leucocitos 12.640 (N 83%), PCR 187, Pro-BNP 1.814 ng/L. Gasometría: pH 7,47, PCO₂ 34, pO₂ 48, HCO₃ 24, Sat O₂ 91%. Rx tórax: patrón intersticial bilateral de predominio en bases y regiones periféricas con infiltrado basal izquierdo. ECG: flutter 2: 1 a 140x. Se realiza ingreso con tratamiento broncodilatador, deplectivo y corticoideo.

Orientación diagnóstica: Diagnóstico de exclusión: Fibrosis pulmonar por amiodarona.

Diagnóstico diferencial: 1. Exposiciones ambientales. 2. RDT y QMT. 3. Enfermedades sistémicas. 4. Secundarismos farmacológicos. 5. Neoplasias o metástasis. 6. TEP. La paciente no presentaba antecedentes de exposiciones, enfermedad sistémica y el patrón pulmonar no sugería metástasis.

Comentario final: Al iniciar tratamiento con amiodarona como antiarrítmico, se han de considerar posibles efectos adversos. La toxicidad pulmonar aparece generalmente en el primer año (3-20%), como neumonitis o fibrosis alveolar/intersticial. La atención primaria es fundamental en la sospecha diagnóstica, conociendo los efectos secundarios farmacológicos y el seguimiento posterior del paciente.

Bibliografía

1. Epstein AE, Olshansky B, Naccarelli GV, et al. Practical Management Guide for Clinicians Who Treat Patients with Amiodarone. Am J Med. 2016;129(5):468-75.
2. Ficha técnica amiodarona. Fecha de acceso 10 de Julio de 2018. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/48048/FichaTecnica_48048.html.pdf

Palabras clave: Amiodarona. Fibrosis pulmonar. Atención primaria.