



## P-247 - MÁS QUE DISNEA EN UNA PACIENTE JOVEN

T. Martín de Rosales<sup>a</sup>, B. Jerez Basurco<sup>a</sup>, G. Izquierdo Enríquez<sup>a</sup>, V.R. Oscullo Yépez<sup>b</sup>, R. Iniesta García<sup>b</sup> y R. Rodríguez Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Los Alpes. <sup>b</sup>CS Mar Báltico.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años con AP de fenómeno de Raynaud desde los 25 años de edad, y cuadros frecuentes de infección respiratoria de vías altas. No tabaquismo ni alergias. Acude a la consulta de atención primaria por disnea de esfuerzos de meses de evolución que no limitan su vida diaria. No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos. La paciente trabaja como auxiliar administrativa en un colegio y no refiere antecedentes familiares de interés. Tras resultados de pruebas complementarias fue remitida a consultas de Neumología y Reumatología para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. TA 122/67 mmHg. FC 68 lpm. T<sup>a</sup> 36,2 °C. SatO<sub>2</sub> 98%. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: no edemas ni signos de TVP: pulsos pedios simétricos y palpables. Radiografía de tórax PA y lateral: imagen intersticial difusa bilateral. Espirometría: FVC 70%, FEV1 71%, IT 81%. Analítica con ANA positivos > 1/160. DLCO: 42,4%. Test de la marcha de 6 minutos: SAtO<sub>2</sub> basal 98%. La paciente desatura significativamente (satO<sub>2</sub> 80%) tras caminar 654 metros con disnea intensa (5 en la escala Borg). TAC tórax: enfermedad infiltrativa difusa pulmonar bilateral constituida por un infiltrado pulmonar de baja densidad (vidrio deslustrado) de distribución preferentemente cortical. Capilaroscopia periungueal: patrón capilaroscópico que sugiere esclerodermia activa. Gammagrafía de glándulas salivales compatible con síndrome de Sjögren grado I.

**Juicio clínico:** Enfermedad pulmonar intersticial secundaria a esclerosis sistémica progresiva.

**Diagnóstico diferencial:** EPOC. Asma. Neumonía infecciosa. Neoplasias. Fibrosis pleural. Enfermedades neuromusculares. Anemia. Hipertensión pulmonar. TEP crónico. Reflujo gastroesofágico (hiperreactividad bronquial).

**Comentario final:** La disnea en un paciente joven supone un reto clínico para el médico de atención primaria. Un anamnesis y exploración física detallada nos darán una primera aproximación diagnóstica. Sin embargo, ante un paciente joven, sin hallazgos que nos orienten hacia las patologías más comunes, debemos plantearnos en la consulta de atención primaria pruebas complementarias sencillas y accesibles como radiografía de tórax y una espirometría. Esta nos ayudará a incluir en nuestro diagnóstico diferencial las enfermedades pulmonares intersticiales y poder así remitir de forma más temprana al médico especialista. El diagnóstico de esclerosis sistémica resulta complejo dadas sus diferentes manifestaciones. Signos como el fenómeno de Raynaud se presentan de forma precoz. Hay que realizar una anamnesis completa preguntando al paciente por signos cutáneos,

respiratorios, gastrointestinales y cardiacos.