

**Motivo de consulta:** paciente de 80 años de edad remitida desde Medicina Interna por enfermedad pulmonar intersticial.

**Antecedentes familiares:** no antecedentes de enfermedades respiratorias. Tres hijos sanos.

**Antecedentes personales:** nunca fumadora. Hipertensión arterial de larga evolución. Hipercolesterolemia. Temblor esencial. Depresión. Ingresada en Medicina Interna en 2003 por neumonía, detectándose en ese momento una enfermedad pulmonar intersticial y catalogada como posible fibrosis pulmonar idiopática. Insuficiencia respiratoria crónica con oxígeno domiciliario desde 2003. No intervenciones quirúrgicas. Ama de casa. No exposición a aves.  
Situación Basal: disnea grado 3 MRC.

**Tratamiento habitual:** Anasma 50/500, Spiriva, Rexer, Simvastatina 20, Coaprovel, O2.

**Enfermedad actual:** paciente remitida desde Medicina Interna para reevaluación de enfermedad pulmonar intersticial. Refiere una historia de más de 15 años de evolución de tos persistente, expectoración abundante purulenta y disnea lentamente progresiva y que en este momento es de grado 3. Estuvo ingresada en Medicina Interna en el año 2003 por un cuadro agudo de fiebre e insuficiencia respiratoria con diagnóstico de Neumonía y en ese momento se detectó un patrón intersticial. Desde ese año la paciente ha presentado una lenta progresión de sus síntomas de tos, expectoración y disnea y es remitida para valorar posibilidades de tratamiento.

No refiere dolores articulares, no tiene lesiones cutáneas, tiene un ritmo intestinal normal y salvo el temblor, el resto de la anamnesis no aporta datos de interés.

**Exploración física:** consciente y orientada, buen estado general. C y C: no aumento de presión venosa central, no adenopatías en cadenas accesibles. AC: rítmica, pequeño soplo diastólico aórtico. AP: crepitantes bilaterales, roncus y alguna sibilancia espiratoria. ABD: no masas, no megalias ni dolor. EXT: edemas maleolares. No signos de TVP. Pulsos conservados. Neuro: temblor manos y cabeza. No focalidad.

## Exploraciones complementarias:

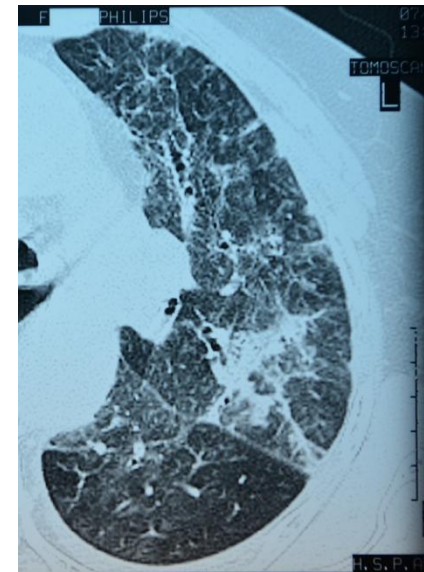
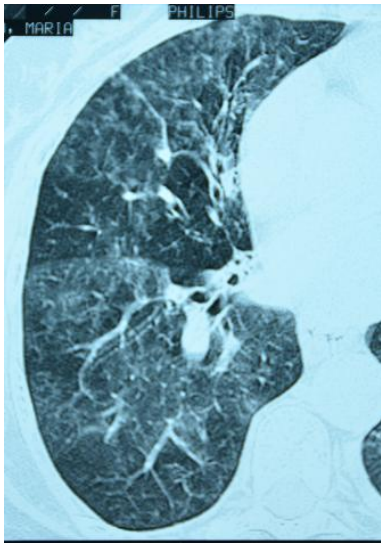
### Año 2003

- Análisis: Leu 13.500 (90%N), Hb 12,2, Hcto 42%, VCM 80, Plq 350.000. BQ: glu 110, urea 30, Crea 1,0, Na 140, K 4,3, GOT 20, GP7 30, LDH 230.
- Proteinograma: normal.
- Alfa1AT: 230.
- Autoinmunidad: ANA y ANCA negativos. ECA, C3 y C4 dentro del rango de referencia.
- Broncoscopia: normalidad endobronquial.
- Cultivo del BAS: S aureus meticilin sensible, Haemophilus influenzae.
- BAL: macrófagos 70%, linfocitos 16% (Predominio de CD8), 22% PMN.
- Biopsia transbronquial: mayor parte de los tabiques alveolares alveolares, especialmente los más periféricos aparecen delgados, pero los más próximos a la pared bronquial están colapsados con discreta fibrosis y focos de inflamación crónica. Conclusión: fibrosis e inflamación crónica inespecífica.
- Pruebas de función respiratoria: FVC 1,94 (96%), FEV1 1,43 (87%), FEV1%FVC 74%
- Rx de tórax y TC se aportan.

Rx de tórax 2003



# TC tórax 2003



## Exploraciones actuales

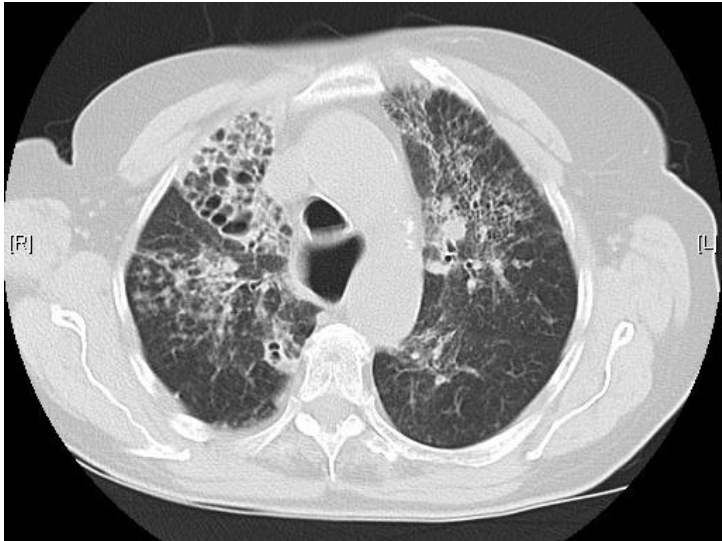
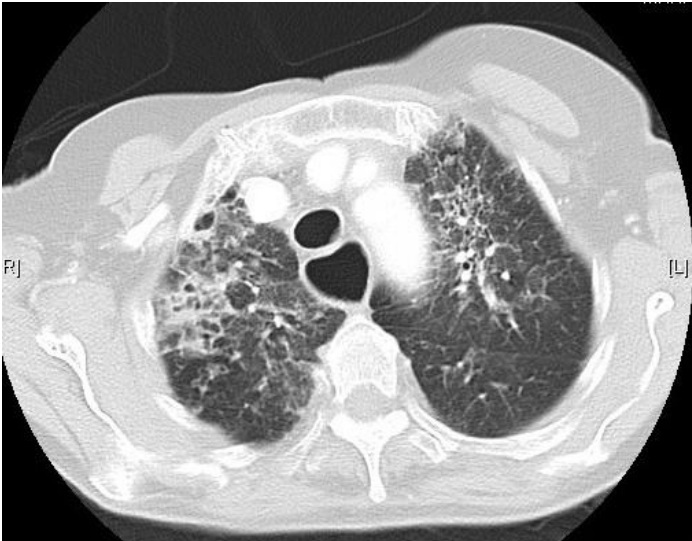
- Análisis: Leu 11.000 (70%N), Hb 11,5 g/dl, Hcto 37%, VCM 89, Plq 256.000. BQ: glu 120, Crea 1,1, Urea 35, Na 137, K 4,5. Bioquímica hepática normal.
- Alfa1AT: 270.
- Niveles de IgG, A, M normales.
- Autoinmunidad: ANA, ANCA, C3, C4, ECA normales.
- Cultivo de esputo: Staphilococcus Aureus meticilin sensible.
- Baciloscopias y LW: negativos.
- Espirometría: FVC 1,02 (49%), FEV1 0,78 (45%), FEV1%FVC 68%, mala colaboración involuntaria. No se puede hacer DLCO.
- TC y Rx de tórax: se aportan.

Se solicita una prueba diagnóstica.

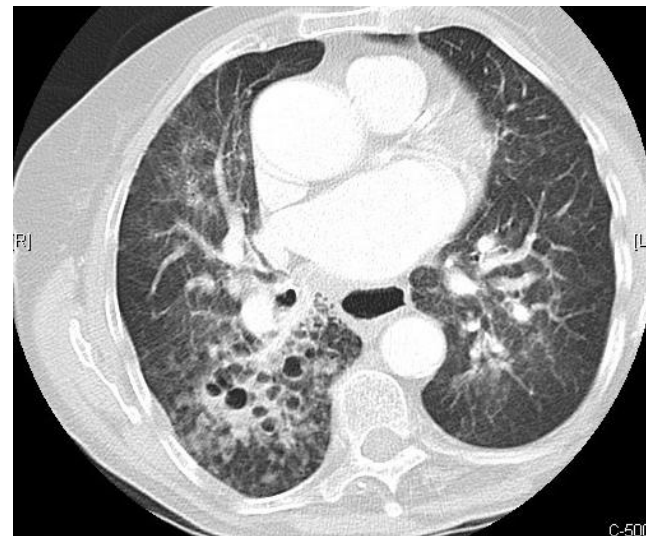
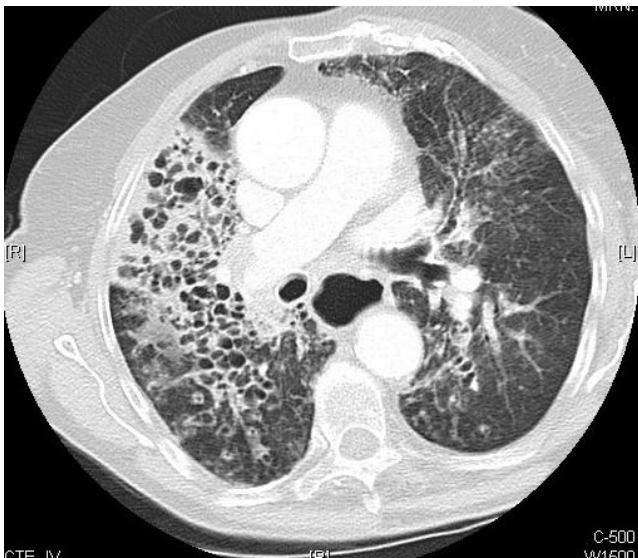
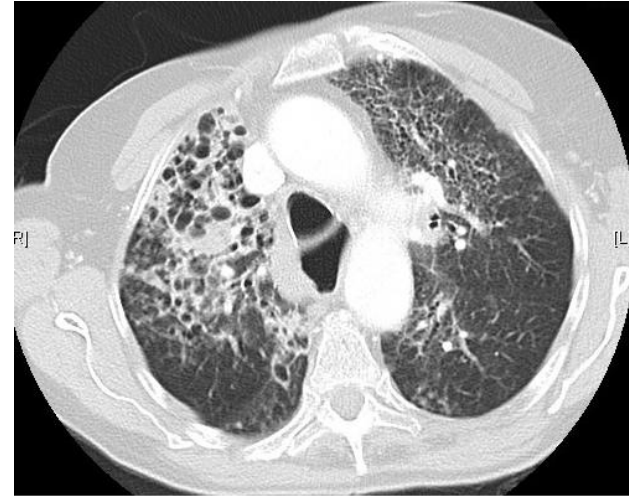
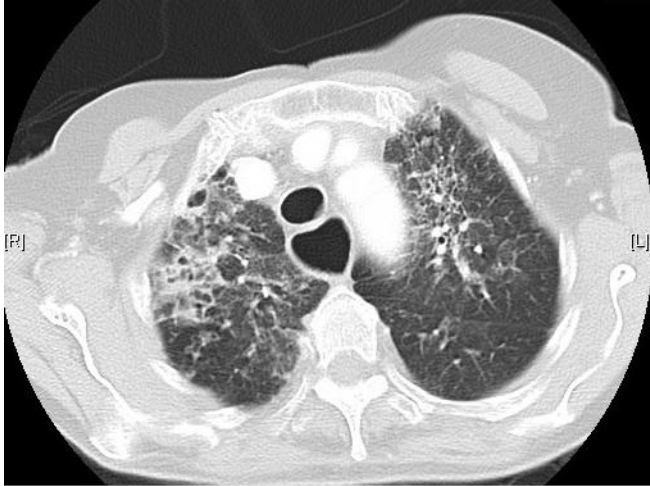
Rx de tórax PA y L 2008



TC tórax 2012



# TC tórax 2013





## Rx de tórax AP 2014

