

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 13

### Disnea subaguda en paciente no fumador

Castro Jiménez, RÁ<sup>1</sup>, Pascual Martínez, N<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Residente Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>2</sup> Neumóloga. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía

Mujer de 60 años que acude a consulta de demanda clínica, refiriendo cuadro de disnea progresiva, acompañada de tos seca de un mes de evolución, que en el último día se ha hecho de reposo, apareciendo ortopnea, sin fiebre, ni dolor torácico, ni expectoración, ni recorte de diuresis, ni síndrome constitucional.

*Antecedentes personales:* No alergias medicamentosas conocidas, no fumadora, no bebedora, no diabetes mellitus, no hipertensión arterial, no dislipemias, no antecedentes pleuropulmonares de interés. Artritis Reumatoide de 20 años de evolución con: prótesis bilateral de cadera y rodilla, afectación de la articulación temporomandibular, luxación de hombro derecho, afectación severa de manos y pies con limitación importante de la movilidad. Colelitiasis. Hernia de hiato. Anemia Ferropénica. Malabsorción con biopsia duodenal y anticuerpos negativos, que remitió con dieta sin gluten. Tratamiento habitual: celecoxib y tramadol retard.

*Exploración física:* Afebril, regular estado general, consciente y orientada, Cabeza y cuello: no adenopatías, no

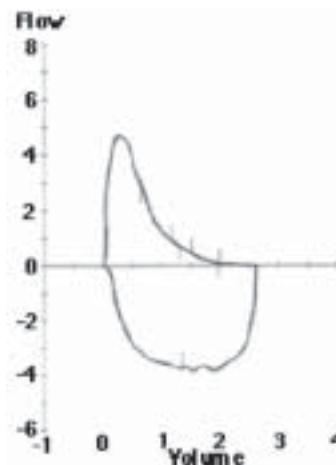
ingurgitación yugular a 45°. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos a 120 spm. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, con crepitantes secos bibasales. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado. Extremidades superiores: manos con deformidad en ráfaga cubital. Extremidades inferiores: sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda, con pulsos conservados y simétricos.

*Exploraciones complementarias:* hemograma, bioquímica y coagulación dentro de parámetros normales. Pulsioximetría con aire ambiente (AA): SatO<sub>2</sub> 80%. Gasometría arterial (AA): pH 7,37, pCO<sub>2</sub> 54,2, pO<sub>2</sub> 39,9, CO<sub>3</sub>H 30,9, SatO<sub>2</sub> 76,3%. Mantoux: negativo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 spm sin alteraciones de la repolarización. Radiografía Tórax: Patrón intersticial bilateral en campos superiores. Pruebas funcionales respiratorias: patrón ventilatorio obstructivo sin reversibilidad a broncodilatadores.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX



ESPIROMETRÍA FORZADA



a) Con los datos clínicos aportados, a qué diagnóstico de sospecha llegaría:

1. EPOC
2. Asma Bronquial
3. Bronquiolitis Obliterante
4. Fibrosis Pulmonar secundaria a conectivopatía
5. Bronquiolitis Obliterante con neumonía organizada (BONO).

b) ¿Qué actitud realizaría sobre este paciente?

1. Tratamiento con fluticasona y salmeterol 2 inhalaciones al día
2. Tranquilizar a la paciente porque la disnea a su edad es normal
3. Derivación a centro hospitalario para estudio.
4. Iniciar tratamiento con corticoterapia oral a dosis decrecientes y agonistas beta-2.

(Respuestas razonadas en el próximo número)  
Remitir las respuestas al correo electrónico: [revista@samfyc.es](mailto:revista@samfyc.es)

o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**  
*¿Cuál es su diagnóstico?*  
Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

## Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 4, núm. 3)

(Medicina de Familia (And) 2003; 4: 215)

**Respuesta correcta: 2. D) Liquen plano de las mucosas.**

La candidiasis orofaríngea cursa con placas blanquecinas que suelen ser asintomáticas, de consistencia cremosa desprendiéndose al pasar el depresor. Se localizan tanto en mucosa de carrillos como en paladar y lengua. Aparecen en sujetos inmunodeprimidos: VIH, glucocorticoides inhalados, pacientes con cáncer de laringe radiados, antibióticos de amplio espectro... Se resuelve con enjuagues con antifúngicos añadiendo, en casos extensos, fluconazol por vía oral.

La leucoplasia oral aparece como consecuencia de agresiones mantenidas sobre la mucosa. Se manifiesta como placas de color blanquecino asintomáticas localizadas donde se presenta la agresión: comisura bucal en el tabaco, zona de protusión dental... El tratamiento consiste en evitar el factor desencadenante. Pueden evolucionar a carcinoma escamoso.

El carcinoma escamoso de las mucosas puede presentar múltiples morfologías, entre otras la referida en el caso clínico, sin embargo es de evolución crónica, necesitando años para llegar al aspecto de la imagen.

El morsicatio buccarum se produce en personas con trastornos nerviosos del tipo depresión ansiedad. Como consecuencia de morderse aparecen en mucosa yugal, en la línea de oclusión dental lesiones excrecentes de color carnoso o blanco azulado que molestan y duelen al ser mordidas por el sujeto. No requieren tratamiento.

El liquen plano de las mucosas aparece en el 60% de las personas con liquen plano. De forma aislada aparece en el 20% de los casos. Se presenta habitualmente como estrías blanquecinas en la mucosa yugal (disposición en hojas de helecho) que no llegan al reborde comisural. Puede presentarse en forma de placas como el caso ilustrado, como erosiones y úlceras, con pápulas o produciendo atrofia. Según la variedad así son los síntomas que pasan de ser inexistentes a dolor urente en la forma ulcerativa. Junto a las lesiones orales deberemos investigar la presencia de pápulas en las zonas típicas de presentación como son las ca-

ras palmares de muñecas y antebrazos donde se presenta de forma simétrica como pápulas bien delimitadas de unos 3 mm de color rosado y que si se observan detenidamente presentan las estrías de Wickham consistentes en puntos o redes blanquecinas en la superficie de la pápula. En nuestro caso el paciente tan sólo presentaba hiperpigmentación postinflamatoria.

La evolución habitual es a la remisión en 4-5 años, cuando se presenta en mucosa oral de forma aislada, siendo de unos 2 años cuando es cutáneo mucosa. Cuando sea persistente se debe investigar la presencia del virus de la hepatitis C. En raras ocasiones maligniza hacia carcinoma escamoso.

El tratamiento requiere de constancia y perseverancia. Pueden utilizarse corticoides formulados en orabase, enjuagues con ciclosporina o bien usándola por vía sistémica a dosis de 5 mg/kg. Sin embargo el tratamiento más efectivo son los retinoides tópicos y sistémicos. Otros tratamientos incluyen la talidomida (no comercializada en nuestro país), HBPM (Heparina de Bajo Peso Molecular), anestésicos tópicos para aliviar el dolor, antipalúdicos de síntesis...

### Bibliografía

1. Drove E. The Clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: A study of 723 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002; 46: 207-214.
2. Giménez García R, Pérez Castrillón JL. Liquen plano y enfermedades hepáticas. *Piel* 2002; 17:348-352.
3. Segura Saint Gerons R, Toro Rojas M, Blanco Carrión A, Reymundo García C, Fanego Fernández J. Lesiones precancerosas de la mucosa oral. *Medicina Integral*. 2000; 36: 217-222.
4. García-Pola Vallejo, García Martín JM. Leucoplasia oral. *Aten Primaria*. 2002; 29: 39-49.
5. Enfermedades de los labios y la cavidad oral. En: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann. *Dermatología*. Barcelona: Edit. Springer-Verlag Ibérica; 1995. p. 814-837.
6. Daoud MS, Pittelkow MR. Liquen plano. En: *Dermatología en medicina general*. 5ª edición. Dir: Fitzpatrick TB y col. Buenos Aires: McGraw Hill; 2001. Tomo I . p. 595-611