



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SAUD
CARRERA DE MEDICINA
CÁTEDRA NEUMOLOGÍA

CASO CLÍNICO

INTEGRANTES:

Andrade Santiago

Arroba Cristian

Séptimo “A”

Dra. María de Lourdes Garcés Jerez



1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres	MXXXX	Consulta	Consulta Externa
Apellidos	RoXXXX	Cédula	06004XXXXX
Estado civil	Casada	Género	Femenino
Instrucción	No refiere	Fecha de nacimiento	02/02/1946
Religión	Católica	Edad	79 años
Residencia actual	Riobamba	Ocupación	Planchado/Jubilado
Lugar de nacimiento	Riobamba	Seguro	Seguro Social
Etnia		Residencia ocasional	No refiere

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión• Hipotiroidismo• Trastorno mixto ansioso-depresivo
Quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none">• Colectomía• Histerectomía• Ooforectomía
Traumatológicos	No refiere
Alergias	No refiere
Inmunización	Esquema de inmunización completa para COVID Influenza no refiere
Oncológicos	No refiere

3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

- NO REFIERE

4. HÁBITOS

Alimentación	Tipo de dieta	Dieta variada basada en alimentos tradicionales como granos, verduras y leguminosas.
	Cuántas veces al día	3 veces al día
Micción	Frecuencia en el día	2-3 vez
	Frecuencia en la noche	1 vez
Deposiciones	Frecuencia en el día	1 vez
	Frecuencia en la noche	1 vez
Sueño	8 Horas (10 pm – 6 am)	
Tóxicos	Alcohol	No refiere
	Tabaco	No refiere
	Drogas	No refiere
	Exposición a Biomasa:	Exposición a humo de leña hasta los 30 años
	Exposición laboral:	Agricultura

5. SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES	
TEMPERATURA	36°C
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 rpm
SATURACIÓN	90%
FRECUENCIA CARDIACA	78 lpm
PRESIÓN ARTERIAL	110/70 mmHg
PESO	45 kg
TALLA	145 cm

6. MOTIVO DE CONSULTA

Disnea progresiva y tos crónica

7. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 79 años con antecedente de exposición prolongada a humo de leña, que acude por disnea progresiva de varios meses de evolución. Se acompaña de tos crónica que ha disminuido en intensidad, pero persiste con rinorrea hialina abundante. No ha utilizado medicación recientemente.

8. REVISIÓN POR SISTEMAS

Constitucional	- Niega fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna. Refiere astenia leve.	Piel y Faneras	Refiere fenómeno de Raynaud con cambios de coloración digital al frío
Respiratorio	Disnea de esfuerzo progresiva. Tos seca crónica, actualmente en mejoría. Niega hemoptisis o dolor torácico pleurítico.	Nervioso	No refiere
Osteomuscular	Refiere rigidez matutina articular leve, autolimitada (60 minutos).	Locomotor	Disminución de la movilidad. Se reporta fatiga intensa de miembros inferiores con el ejercicio.
Urinario	No refiere	Endócrino	No refiere (En tratamiento)
Genital	No refiere	O. de los sentidos	Disminución de la audición (oído izquierdo).
Renal	No refiere	Psiquiátrico	No refiere



9. EXAMEN FÍSICO

General: Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona (TEP). Mucosas orales húmedas.

SIGNOS VITALES:

- (SpO₂): 90% (sin oxígeno suplementario).
- (FC): 81 lpm
- Temperatura: 36 °C.
- Tensión Arterial (TA): 110/70 mmHg
- Pulso: 80 lpm
- (FR): 20 rpm.
- Peso: 45 kg
- Talla: 145 cm

CUELLO

No se reportan hallazgos específicos

TÓRAX

Aparato respiratorio

Inspección: Tórax simétrico, sin deformidades.

Palpación: Expansibilidad torácica conservada y simétrica.

Percusión: Normal

Auscultación: Murmullo vesicular disminuido. Crépitos finos, tipo velcro, en ambas bases pulmonares, con predominio derecho.

9. EXAMEN FÍSICO

ABDOMEN	<ul style="list-style-type: none">• Suave, blando, depresible• No se presenta dolor a la palpación
EXTREMIDADES	Simétricas, sin edema.

10. ANÁLISIS SIGNOS Y SÍNTOMAS

SINTOMAS	SIGNOS
Tos persistente	Crepitantes finos difusos de predominio derecho
Rinorrea	Murmullo vesicular disminuido
Disnea	Fenómeno de Raynaud
Rigidez articular leve	

11. AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

Síndrome pulmonar intersticial crónico	Síndrome obstructivo	Síndrome autoinmune
Tos persistente	Crepitantes finos	Fenómeno de Raynaud
Disnea	Tos	Rigidez matutina
Estertores tipo velcro	Disnea	Astenia
	Fatiga	

12. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LABORATORIO

Parámetro	Valor	Interpretación
Factor Reumatoide (LATEX)	16.10	Ligeramente elevado. Apoya la sospecha de autoinmunidad.
CPK (Creatina Fosfocinasa)	166.00	Ligeramente elevada. Sugere de posible miopatía inflamatoria.
Anticuerpos (Anti CCP, Anti RO, LA, SCL70)	Negativos	Perfil autoinmune negativo, pero no excluye IPAF si hay otros criterios clínicos.
WBC (Leucocitos)	4.86	Normal
Hemoglobina (HCG)	15.2	Normal
Hematocrito (HCT)	46.4	Normal
Eosinófilos	0.31	Normal
Linfocitos	1.87	Normal
Neutrófilos	2.25	Normal
Basófilos	0.05	Normal
Plaquetas	297.0	Normal

12. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Espirometría 07/11/2024

Parámetro	Valor	% Predicho	Interpretación
FEV1 (Volumen espiratorio forzado en 1 segundo)	2.00 L	129%	Normal. Indica buena capacidad para expulsar aire rápidamente.
FVC (Capacidad vital forzada)	2.10 L	110%	Normal. Indica buen volumen pulmonar total espirable.
FEV1/FVC (Relación entre FEV1 y FVC)	90%	-	Normal. Una relación conservada descarta obstrucción de la vía aérea.
Respuesta a broncodilatador	-	-	Negativa. No hubo mejoría significativa tras el broncodilatador.
Conclusión global	-	-	Espirometría normal. Sin patrón obstructivo ni restrictivo.

12. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Prueba de Caminata de 6 Minutos

Parámetro	Resultado	Interpretación
Distancia caminada	510 metros (70% de lo esperado)	Leve limitación funcional para la edad y sexo según ecuación de referencia (Casas).
Disnea al final de la prueba (Escala de Borg)	5/10	Disnea intensa inducida por el esfuerzo.
Fatiga en miembros inferiores (Borg)	5/10	Fatiga muscular intensa con el ejercicio, compatible con deterioro funcional.
Frecuencia cardíaca final	81% de la máxima esperada	Esfuerzo cardiovascular submáximo adecuado.
Saturación de oxígeno	Reposo: 95% → Ejercicio: 93%	Desaturación leve con el ejercicio ($\leq 4\%$), sugiere alteración del intercambio gaseoso.

12. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Escala de Borg

Escala de Esfuerzo de Borg	
0	Reposo total
1	Esfuerzo muy suave
2	Suave
3	Esfuerzo moderado
4	Un poco duro
5	Duro
6	
7	
8	Muy duro
9	
10	Esfuerzo máximo

Es una herramienta para medir la percepción subjetiva del esfuerzo durante el ejercicio físico. Es una escala de calificación del esfuerzo percibido, que permite evaluar la intensidad del trabajo físico que están realizando.



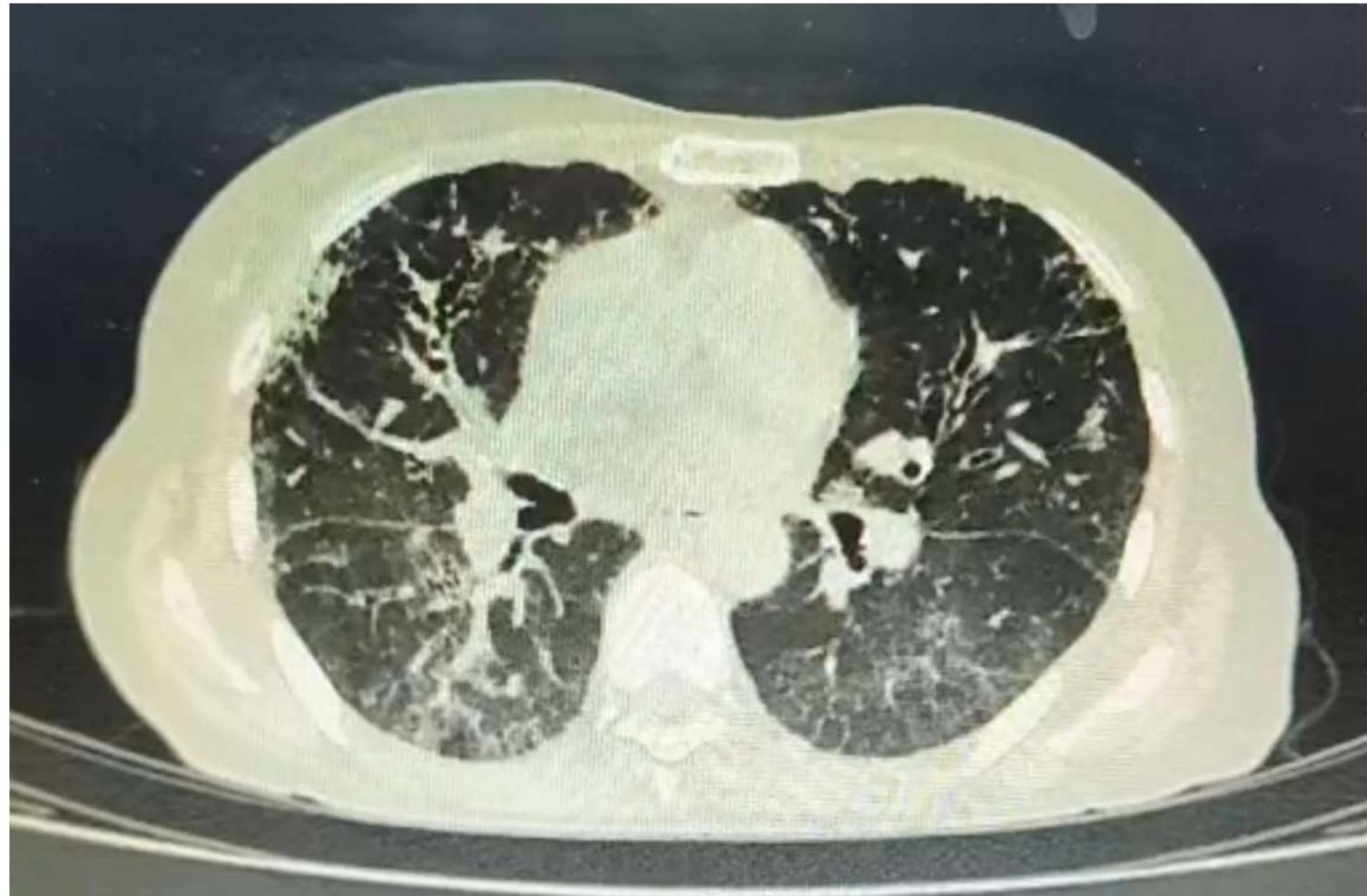
10. DESCRIPCIÓN IMAGENOLÓGICA

• Tomografía Computarizada (TC) de Tórax
(31/10/2024):



10. DESCRIPCIÓN IMAGENOLÓGICA

Hallazgos

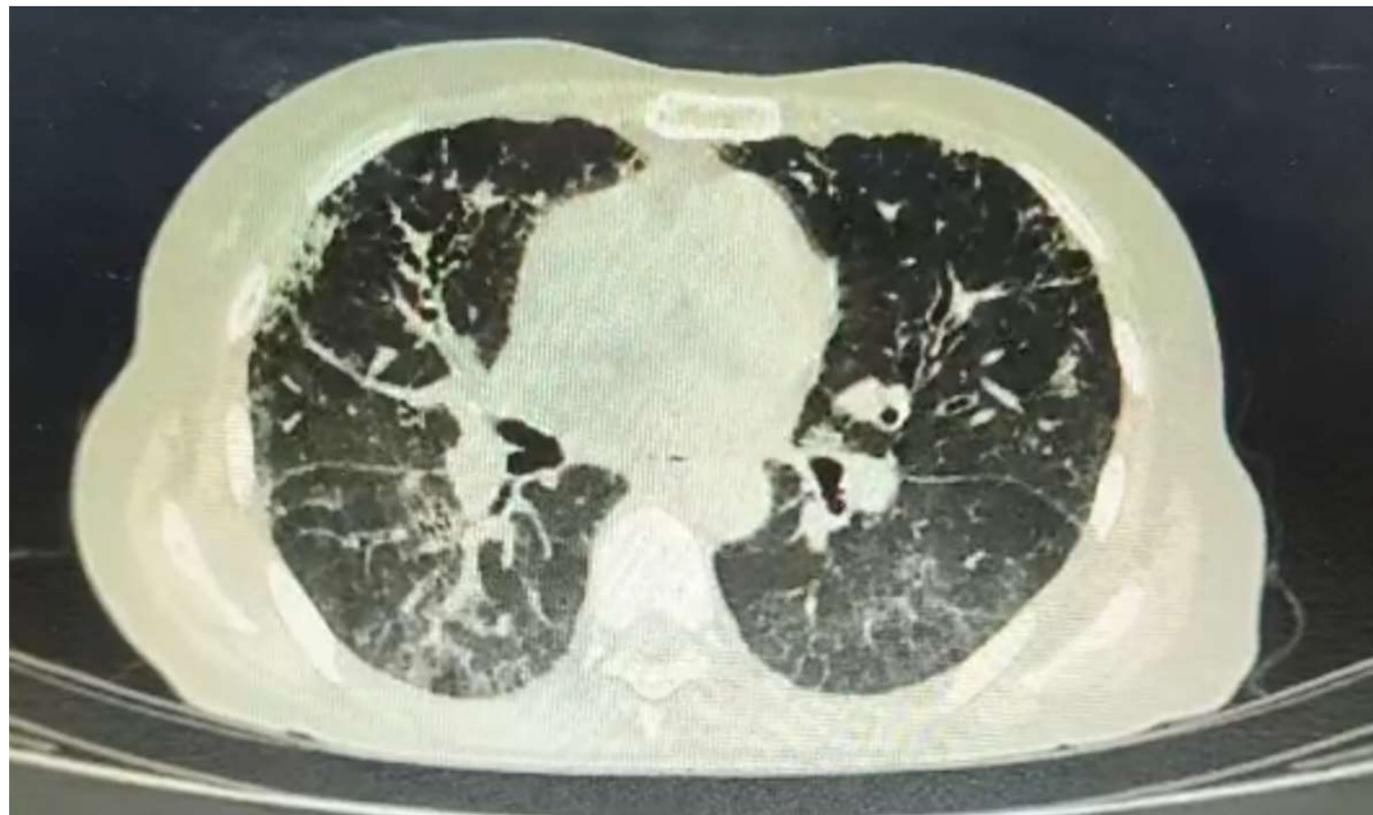


- Patrón intersticial reticular.
- Vidrio deslustrado: Opacidades que no borran los vasos pulmonares
- Reticulación fina: Líneas fibrosas superpuestas al parénquima.
- Bronquiectasias: Dilatación bronquial.
- Distribución basal y simétrica: bilateral y subpleural.
- Sin gradiente ápico-basal: Afectación homogénea sin predominio en ápices o bases.
- Ausencia de panal de abeja.

Concuerda con: patrón radiológico de la Neumonía Intersticial No Específica (NSIP) 19

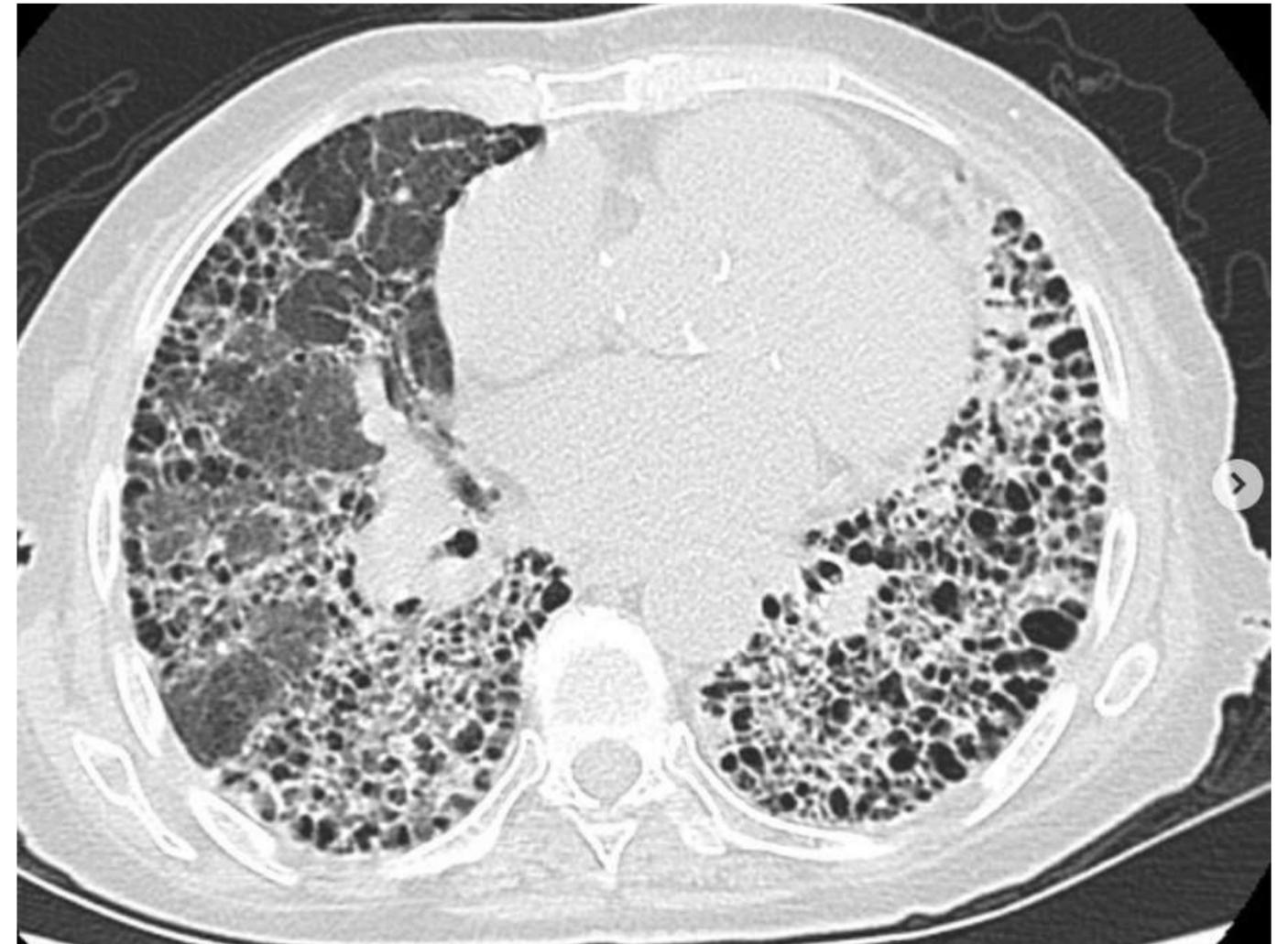
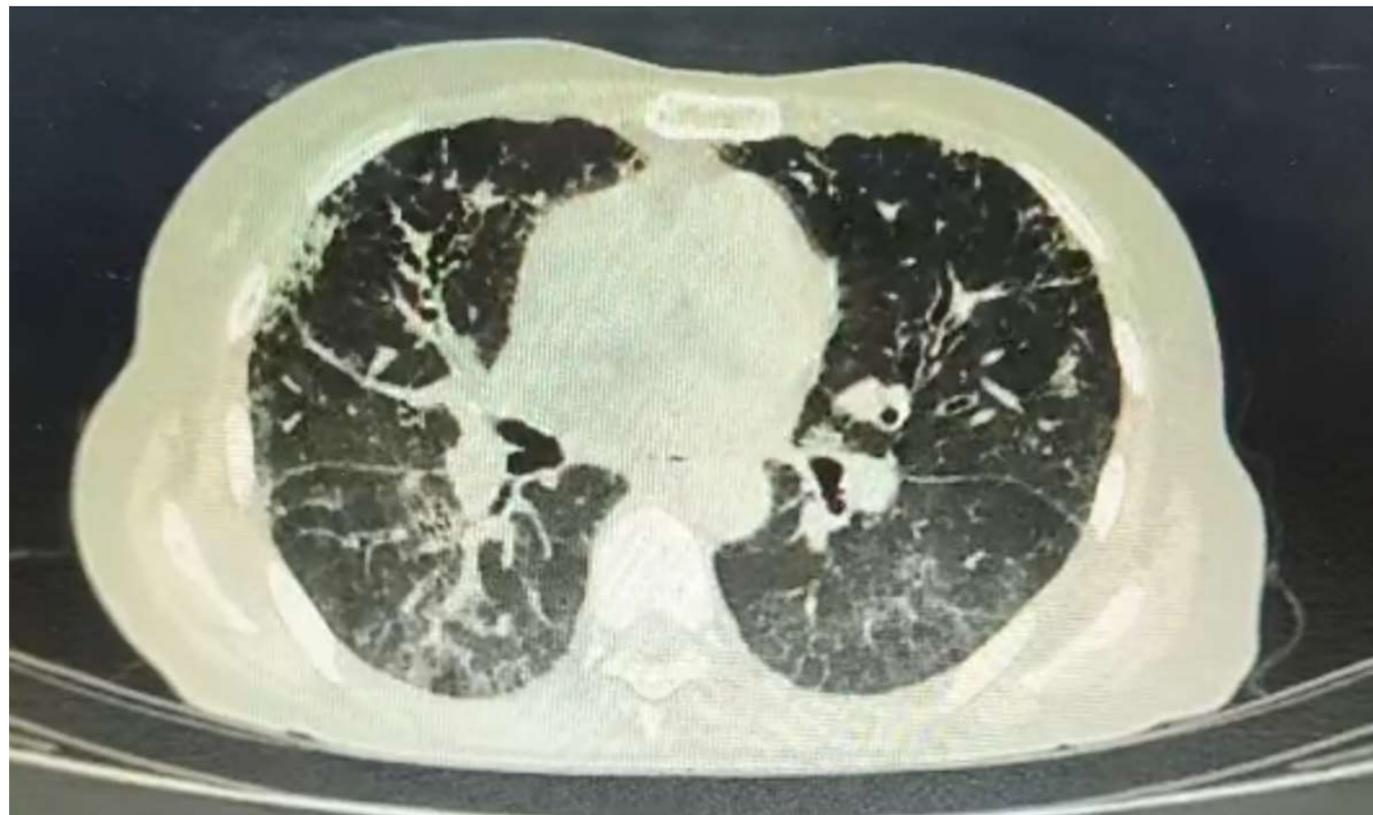
PATRÓN EN PANAL DE ABEJA

Se describe como **quistes subpleurales pequeños, de paredes finas, dispuestos en varias filas**, que simulan la forma de un panal. Suele aparecer **en las bases pulmonares y zonas periféricas**, y representa fibrosis pulmonar avanzada e irreversible. FPI.



PATRÓN EN PANAL DE ABEJA

Se describe como **quistes subpleurales pequeños, de paredes finas, dispuestos en varias filas**, que simulan la forma de un panal. Suele aparecer **en las bases pulmonares y zonas periféricas**, y representa fibrosis pulmonar avanzada e irreversible. FPI.



EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Biomarcador	Referencia	Diseño del estudio	Sujetos con IPAF (n)	Grupo de comparación (n)	Resultados
IL-4	Liang	Estudio Transversal	38	Non-IPAF IIP (81), COPD (36), HC (101)	Significativamente mayor en IPAF que en IIP sin IPAF, EPOC y HC
IL-6	Liang	Estudio Transversal	38	Non-IPAF IIP, COPD, HC	Significativamente en IPAF que en IIP sin IPAF
IL-10	Kameda	Retrospectivo Estudio Transversal	35	IPF (51), RD-ILD (16) Non-IPAF IIP, COPD, HC	Significativamente mayor en IIP con IPAF y sin IPAF que en EPOC y HC Significativamente mayor en RD-ILD que en IPAF Significativamente mayor en IPAF que en IIP sin IPAF
	Liang		38		
IL-13	Liang	Estudio Transversal	38	Non-IPAF IIP, COPD, HC	Significativamente mayor en IPP con IPAF y sin IPAF que en EPOC y HC Significativamente mayor en IPAF QUE EN IIP sin IPAF EPOC y HC
IL-17	Liang	Estudio Transversal	38	Non-IPAF IIP, COPD, HC	Significativamente en IPAF que en IIP sin IPAF, EPOC Y HC

Interstitial pneumonia with autoimmune features: challenges and controversies

[John A Mackintosh](#)^{1,✉}, [Athol U Wells](#)^{2,3}, [Vincent Cottin](#)^{4,5}, [Andrew G Nicholson](#)^{6,7}, [Elisabetta A Renzoni](#)^{2,3}

► [Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#)

PMCID: PMC9488577 PMID: [34937706](#)

TABLA 1.

Criterios de clasificación de la neumonía intersticial con características autoinmunes

Presencia de neumonía intersticial (por TCAR o biopsia pulmonar quirúrgica) y

Exclusión de etiologías alternativas y

No cumple los criterios de una enfermedad del tejido conectivo definida y

Al menos una característica de al menos dos de estos dominios:

a) dominio clínico

b) dominio serológico

c) dominio morfológico

a) Dominio clínico

- Fisura digital distal (*es decir*, “manos de mecánico”)
- Úlcera de la punta digital distal
- Artritis inflamatoria o rigidez articular matutina poliarticular ≥ 60 min
- Telangiectasia palmar
- Fenómeno de Raynaud
- Edema digital inexplicable
- Erupción fija inexplicable en las superficies extensoras digitales (signo de Gottron)

b) Dominio serológico

ANA $\geq 1:320$ título, patrones difusos, moteados y homogéneos o

1) Patrón nucleolar de ANA (cualquier título) o

2) Patrón centrómero de ANA (cualquier título)

Factor reumatoide $\geq 2 \times$ límite superior de lo normal

Anti-CCP

Anti-dsDNA

Anti-Ro (SS-A)

Anti-La (SS-B)

Anti-ribonucleoproteína

Anti-Smith

Anti-topoisomerasa (Scl-70)

Anti-ARNt sintetasa (*p. ej.* Jo-1, PL-7, PL-12; otras son: EJ, OJ, KS, Zo, tRS)

Anti-PM-Scl

Anti-MDA-5

c) Dominio morfológico

1) Patrones radiológicos sugestivos mediante TCAR (ver texto para descripciones):

- i) NSIP
- ii) OP
- iii) NSIP con superposición de OP
- iv) LABIO

2) Patrones o características histopatológicas mediante biopsia pulmonar quirúrgica ([figura 2](#)):

- i) NSIP
- ii) OP
- iii) NSIP con superposición de OP
- iv) LABIO

- **NSIP:** Neumonía Intersticial No Específica (Non-Specific Interstitial Pneumonia)
- **OP:** Neumonía Organizing (Organizing Pneumonia)
- **NSIP con superposición de OP:** Patrón combinado de NSIP con características de Neumonía Organizing
- **LABIO:** Linfangitis Alveolar, Bronquiolar y/o Intersticial Organizada

v) Agregados linfoides intersticiales con centros germinales

vi) Infiltración linfoplasmocítica difusa (con o sin folículos linfoides)

3) Afectación multicompartimental (además de neumonía intersticial):

i) Derrame o engrosamiento pleural inexplicable

ii) Derrame o engrosamiento pericárdico inexplicable

iii) Enfermedad intrínseca de las vías respiratorias ^{de causa} inexplicable (mediante pruebas de función pulmonar, imágenes o patología)

iv) Vasculopatía pulmonar inexplicable

12. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Enfermedad Pulmonar Intersticial asociada a Enfermedad del Tejido Conectivo (EPI-ETC / RD-EPI)	Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI)	Neumonitis por Hipersensibilidad Crónica (NH crónica):	Neumonía Intersticial No Específica (NSIP) idiopática:
<p>Esta es la principal entidad a diferenciar de IPAF. La paciente tiene un Factor Reumatoide elevado (16.10), que es una característica autoinmune serológica. La clave para distinguirla es si la paciente cumple los criterios completos para una enfermedad reumática sistémica definida (como Artritis Reumatoide, Esclerosis Sistémica, Lupus, Miopatías Inflamatorias, Síndrome de Sjögren). El texto menciona que está "sin criterios de enfermedad reumática sistémica" y "en espera de estudio de imagen de articulaciones" y valoración por Medicina Interna. Si en el futuro desarrolla o se confirman suficientes criterios para una de estas enfermedades, el diagnóstico cambiaría de IPAF a una EPI-ETC específica.</p> <p>Relevancia en este caso: Muy alta, dado el FR elevado y la búsqueda activa de una colagenopatía.</p>	<p>La FPI es la forma más común de EPI idiopática y se caracteriza por un patrón de Neumonía Intersticial Usual (NIU) en la TCAR. La paciente tiene un infiltrado reticular subpleural y bronquiectasias de tracción, que son compatibles con fibrosis. Sin embargo, el informe de la TC menciona que no hay gradiente ápico-basal y no describe panal de abeja, lo cual aleja un poco el patrón NIU clásico que se espera en FPI. La edad de la paciente (79 años) es típica para FPI.</p> <p>Relevancia en este caso: Alta, siempre es un diagnóstico diferencial clave en cualquier EPI fibrótica, especialmente en ausencia de otras causas claras. Sin embargo, la presencia del FR elevado y el patrón radiológico atípico para NIU (no gradiente, no panal de abeja) empujan hacia IPAF o NSIP.</p>	<p>La paciente tiene antecedente de exposición a biomasa, humo de leña hasta los 30 años, que es un factor de riesgo para NH. La NH crónica puede presentarse con patrones radiológicos fibróticos (reticular, bronquiectasias por tracción) y a veces con un patrón que simula NSIP o incluso NIU, aunque con panal de abeja en otras distribuciones.</p> <p>Relevancia en este caso: Moderada a alta, dada la exposición a biomasa. Sería importante descartar otros antígenos inhalados si la sospecha clínica fuera alta.</p>	<p>El patrón radiológico descrito (infiltrado reticular subpleural, bronquiectasias de tracción, no gradiente ápico-basal, no panal de abeja) es muy compatible con NSIP. Si no se encontrara ninguna característica autoinmune más allá del FR levemente elevado que puede ser inespecífico en ancianos, ni exposición relevante, se podría considerar una NSIP idiopática. Sin embargo, la presencia del FR empuja hacia el espectro autoinmune (IPAF o EPI-ETC).</p> <p>Relevancia en este caso: Alta, ya que NSIP es el patrón predominante. La clave es si es idiopática o asociada a algo más.</p>

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

IPAF “neumonía intersticial con características autoinmunes”

Individuos con características morfológicas clínicas, serológicas y/o pulmonares que supuestamente provienen de una condición autoinmune sistémica subyacente, pero no cumplen con los criterios reumatológicos definidos para una ETC caracterizada

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA PACIENTE

- **Medicación (ajustes a lo largo de las notas):**
 - Lavados nasales.
 - Mometasona (cada 12h - nota 20/03/2025).
 - Prednisona: 20 mg VO QID por 30 días (nota 20/03/2025), luego ajustado a 5 mg VO QD por 30 días (nota 15/05/2025).
 - Tiotropio 1 cápsula inhalada QD.
- **Interconsultas/Evaluaciones:**
 - Valoración por Medicina Interna (para descartar colagenopatía).
 - Valoración por ORL (Otorrinolaringología).
 - Estudio de imagen de articulaciones (pendiente).

TRATAMIENTO SEGÚN ESTUDIOS

Enfoque Multidisciplinario (Reumatólogo):

- La evaluación por un reumatólogo es **crucial** para pacientes con EPI que presentan características autoinmunes.
- Su experiencia permite el diagnóstico preciso de enfermedades reumatológicas (RD) utilizando criterios específicos (como ACR/EULAR).
- La inclusión de un reumatólogo en las discusiones multidisciplinarias sobre casos de EPI puede **cambiar el diagnóstico hasta en un 40% de los pacientes.**
- Un diagnóstico correcto de CTD-ILD (o RD-EPI) es fundamental porque puede **evitar procedimientos invasivos innecesarios** como bronoscopias y biopsias pulmonares, ya que el manejo se basa más en el tratamiento de la enfermedad reumática subyacente

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ESTUDIOS

Actualmente, no existen guías específicas ni estudios controlados aleatorizados para el tratamiento de IPAF (Neumonía Intersticial con Características Autoinmunes). Por esta razón, muchos médicos adoptan un enfoque terapéutico similar al que se utiliza para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades del tejido conectivo (CTD-ILD), dado el posible componente autoinmune subyacente.

Pilar del Tratamiento (basado en estudios de CTD-ILD):

- Glucocorticoides y agentes inmunosupresores son la base del tratamiento.

micofenolato, azatioprina, ciclofosfamida, inhibidores de la calcineurina (ciclosporina y tacrolimus) y ocasionalmente rituximab.

metilprednisolona y ciclofosfamida en pulsos, seguido de micofenolato y prednisolona de mantenimiento.

Evaluación de comorbilidades

Comorbilidades frecuentes:

- Hipertensión arterial sistémica
- Diabetes mellitus
- Cardiopatía isquémica
- ERGE (contribuye al desarrollo/progresión de EPI)

Derivación temprana a rehabilitación pulmonar/fisioterapia

Fomento del ejercicio supervisado → Mejora calidad de vida

Guideline for the Treatment of Interstitial Lung Disease in People with Systemic Autoimmune Rheumatic Disease

	Systemic Sclerosis	Myositis	MCTD	Rheumatoid Arthritis	Sjögren's
Preferred First-line ILD therapy	Mycophenolate [†] Tocilizumab Rituximab	Mycophenolate [†] Azathioprine Rituximab CNI	Mycophenolate [†] Azathioprine Rituximab	Mycophenolate [†] Azathioprine Rituximab	Mycophenolate [†] Azathioprine Rituximab
Additional options	Cyclophosphamide Nintedanib Azathioprine	JAKi Cyclophosphamide	Tocilizumab Cyclophosphamide	Cyclophosphamide	Cyclophosphamide
+ Glucocorticoids	Strong recommendation against GCs	Short-term GCs*	Short-term GCs*	Short-term GCs*	Short-term GCs*

■ Strong recommendation *against* ■ Conditional recommendation

Figure 1: Initial treatment options for the treatment of interstitial lung disease associated with systemic autoimmune rheumatic diseases of interest.

* Decisions on GC dose and use of oral versus intravenous therapy depend on severity of disease. GCs should be used cautiously in patients with MCTD with a systemic sclerosis phenotype who may be at increased risk of renal crisis.

† Treatments are listed in order based on a hierarchy established by head-to-head votes, although the panel noted that decisions on which first-line therapy to use were dependent on specific situations and patient factors. In all diseases, mycophenolate was conditionally recommended over the other listed therapies. Therapies here are divided into "preferred" options and "additional options" based on the rank-order hierarchy.

MCTD = mixed connective tissue disease; GCs = glucocorticoids; CNI = calcineurin inhibitor; JAKi = janus kinase inhibitor

American College of Rheumatology

Opciones de tratamiento inicial para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas de interés. Los tratamientos se enumeran en orden basándose en una jerarquía establecida por votación directa, aunque el panel señaló que las decisiones sobre qué terapia de primera línea usar dependían de situaciones específicas y factores del paciente.

¡Gracias por su atención!