Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):469

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1640 - MANEJO CRÓNICO DEL PACIENTE CON EPOC MIXTO Y BRONQUIECTASIAS

M. Azuaga[a], R. Aguado Rivas[b] y R. Ruíz Fernández[c]

[a]Médico de Familia. Centro de Castell de Ferro. Granada. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Almuñécar. Granada. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Galchos-Lújar-Los Carlos. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente que presenta desde hace dos años cuadro de bronquitis de repetición con tos y expectoración, disnea a esfuerzos moderados, sibilancias ocasionales. Congestión nasal y prurito ocular. HTA, Hiperuricemia, exfumador desde hace 6 meses, previamente 37 paquetes/año. En tratamiento con seretide 50/500 1/12 h, valsartan, ventolin a demanda, budesonida inh nasal. Spiriva.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca un murmullo vesicular disminuido y crepitantes basales izquierdos. Rx tórax: signos de EPOC y bronquiectasias en bases pulmonares. TACAR tórax: bronquiectasias cilíndricas en LII, y segmento medial de lóbulo medio con pérdida de volumen, cambios fibróticos residuales en LII, sutil patrón intersticial con vidrio esmerilado. Espirometría FEV1 70%, FVC 83%, IT 65, test BD negativo, rast olivo positivo, serología Aspergillus IGM IGG 1/200, alfa1-antitripsina negativo. Se inició tratamiento con ciprofloxacino 500 1/12 H y promixin inhalado 1 millón de unidades cada 12 horas tras cultivo de esputo positivo a Pseudomonas aeruginosa. Tras cultivo posterior Aspergillus se inicia caspofungina.

Juicio clínico: EPOC mixto, bronquiectasias.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad pulmonar restrictiva, patología intersticial, alveolar, fibrosis quística,

Comentario final: Es labor del médico de atención primaria el diagnóstico de EPOC, que es espirométrico, no solo clínico. Ajustar el tratamiento según el tipo de EPOC, nuestro paciente seria tipo B o mixto según la GESEPOC, y a la gravedad, moderada en nuestro caso, así como valorar la disnea según la escala de MMRC. Habría que tratar las reagudizaciones, las sobreinfecciones de las bronquiectasias y valorar tratamiento preventivo de reagudizaciones con antibioterapia (eritromicina 250/12h 12 meses (Am J Respir Crit Care Med, 2008), azitromcina 250/24h 12 meses NEJM, 2011) o roflumilast 500/24h. Vacunación antigripal y antineumocócica aunque esta no previene las exacerbaciones.

Bibliografía

1. Koser U, Hill A. What&#39s new in the management of adult bronchiectasis? F1000 Res.

2017;6:527.
2. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2017;389(10082):1931-40.
3. Deepak D, Prasad A, Atwal SS, Agarwal K. Recognition of Small Airways Obstruction in Asthma and COPD - The Road Less Travelled. J Clin Diagn Res. 2017;11(3):TE01-TE05.

Palabras clave: Bronquiectasia. EPOC.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.