Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1883

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1399 - FUMAR Y TOSER, ¿QUÉ PUEDO TENER?

B. Costa Martínez[a], D. Peñalver Espinosa[a], M. Cánovas Sánchez[a], A. Castañeda Pérez-Crespo[b], N. Aguilar Lorente[c] y M. Rodríguez Romero[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Molina-Jesús María. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 52 años con AP: HTA en tratamiento farmacológico. Fumadora de 10 cigarros/día. Asma diagnosticada a los 17 años y en tratamiento con broncodilatadores a demanda, con frecuentes reagudizaciones con broncoespasmo precisando varios ingresos entre 2015 y 2016. En 2017 4 reagudizaciones tratadas ambulatoriamente con broncodilatadores, corticoides y azitromicina oral. ERGE en tratamiento con omeprazol. Colecistectomizada. Consulta por malestar general, aumento progresivamente mayor de su disnea de esfuerzo sin dolor torácico ni palpitaciones persistente desde última reagudización hace un mes. Asociando tos persistente expectorativa. No sibilancias. No fiebre termometrada. No edemas ni oliguria. No alteración hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Constantes vitales normales. ACP: rítmico, sin soplos ni extratonos audibles. Disminución del MVC en ambos campos pulmonares con roncus dispersos bilateralmente. Abdomen: blando y depresible. No puntos dolorosos. No masas ni visceromegalias. Peristaltismo conservado. MMII: No edemas ni signos de TVP. Pulsos distales conservados y simétricos. Analítica: Bioquímica, hemograma y normal, PCR 15,9 mg/dL, VSG 34 mm/h. Radiografía tórax: signos compatibles con fibrosis pulmonar incipiente y datos sugestivos de EPOC. Se insiste en abandono tabáquico, se inician broncodilatadores (salmeterol 50-propionato de fluticasona 500/12 horas y bromuro de tiotropio/24 horas). Se realiza espirometría: FVC: 4,790 (87%), FEV1:1,820 (39%), FVE1/FVC: 34% e interconsulta preferente a Neumología y se hace: alfa 1 antitripsina 17. TC tórax: bronquiectasias, engrosamiento paredes bronquiales y cambios generalizados tipo enfisematoso predominantemente a nivel de bases pulmonares.

Juicio clínico: EPOC grave en contexto de déficit alfa 1 antitripsina en paciente fumadora.

Diagnóstico diferencial: Asma, neumonía, neumopatías intersticiales.

Comentario final: El enfisema por déficit de alfa1 antitripsina es la enfermedad hereditaria más frecuente en edad adulta. El diagnóstico se basa en historia clínica, radiología y TAC de tórax, espirometría y determinación de AAT.

Bibliografía

1. Stoller JK, Brnes PJ, Hollingsworth Helen. Clinical manifestations, diagnosis, and natural history of alpha-1antitrypsin deficiency. UptoDate; 2017.

Palabras clave: Disnea. Enfisema pulmonar. Tabaco.

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