



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/33 - La importancia de la espirometría en atención primaria

E. Sánchez Fernández^a, J.A. Martínez Solano^b, A.M. González Cárdenas^c, S.E. Medellín Pérez^c, I.M. Luna Calcaño^d y D. Martí Hita^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria Lorca-San José. Lorca. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. ^dMédico de Familia. Área III de Salud. Lorca. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 75 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que acude por primera vez a nuestra consulta de atención primaria refiriendo sensación disneica de mínimo esfuerzo que no mejora pese a tratamiento previo. Diagnosticada de asma bronquial persistente severo desde hace 10 años, con HTA, dislipemia y artrosis, negando hábitos tabáquicos y enólico. Niega antecedentes quirúrgicos. Tratamiento previo: Symbicor forte 2 INH/8 horas, Spiriva 1 INH/24 horas, Terbasmin 2 INH/6 horas si precisa por pitos o fatiga, Singulair 10 mg 1c/24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, normocoloreada y normohidratada. T^a 36,8 °C PA 135/87 mmHg. Pulso 90 lpm. SatO₂ 95%. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido, sin auscultación de ruidos patológicos. Exploración abdominal: blando y depresible. No doloroso. Sin signos de defensa. No masas ni megalias. Exploración MMII: no se observan edemas. Se decide realizar espirometría ante la falta de datos espirométricos en su historia clínica. Espirometría: VEMS 1.050 (previo 680 ml). FVC 1.710 (previo 1.690 ml) FEV₁/FVC: 56%. A la realización se observa dificultad para la expulsión del aire a nivel extrapulmonar, por lo que se decide derivar a neumología que tras exploración decide realizar fibrobroncoscopia ante posible obstrucción de vías respiratorias. Fibrobroncoscopia: entramos por fosa nasal derecha. Cuerdas vocales móviles y simétricas. A 1,5 cm de cuerdas vocales se objetiva estenosis diafragmática de 6 mm de diámetro aproximadamente. Permite el paso del broncoscopio con desaturación leve y sensación disneica.

Juicio clínico: Estenosis traqueal idiopática en contexto de asma persistente grave.

Diagnóstico diferencial: Estenosis postintubación. Estenosis por cirugía previa. Enfermedades reumatológicas (granulomatosis de Wegener). Cuerpo extraño en vías respiratorias.

Comentario final: Destacar la importancia de la espirometría en atención primaria como prueba de bajo coste y de gran utilidad para sospechar patología pulmonar o alteraciones en las vías respiratorias, así como para control y seguimiento de patologías ya diagnosticadas previamente. La paciente es candidata a cirugía para eliminar dicha estenosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wain JC. Postintubation tracheal stenosis. *Chest Surg Clin N Am.* 2003;13:231-46.
2. Langford C, Sneller M, Hallahan C, et al. Clinical features and therapeutic management of subglottic stenosis in patients with Wegener's granulomatosis. *Arthritis & Rheumatism.* 1996;39:1754-60.