



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/135 - CRISIS ASMÁTICAS DE REPETICIÓN COMO EXPRESIÓN DE UNA VASCULITIS

M. Pérez Castro^a, L. Muñoz González^a, L. Ruiz del Moral^b, M. Luna Moreno^b, R. Reina González^b y M. Sánchez Pérez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón, de 42 años, con antecedentes personales de asma persistente leve y sinusitis de repetición. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar tos, mucosidad y falta de aire de 2-3 días de evolución. Su Médico de familia lo diagnostica de un posible catarro de vías altas y pauta tratamiento sintomático. Posteriormente acude por persistencia del cuadro junto con autoescucha de sibilancias nocturnas, siendo diagnosticado de hiperreactividad bronquial y precisando tratamiento con aerosolterapia. Tras ello acude al Servicio de Urgencias por presentar crisis asmáticas casi a diario que empiezan a alterar la actividad y el sueño, donde realizan radiografía de tórax en la que se aprecia un infiltrado bilateral pulmonar difuso y pautan antibioterapia. El paciente presenta mejoría parcial, pero continúa asistiendo a consulta de Atención Primaria de forma reiterada por persistencia de tos, mucosidad y sibilancias. Ante la situación su Médico lo deriva a Neumología, siendo diagnosticado de asma persistente grave. A pesar del tratamiento prescrito, el paciente no mejora, asociando además fiebre, pérdida de apetito y pérdida de peso. Es derivado de nuevo a Neumología donde realizan una analítica sanguínea en la que se aprecia eosinofilia, y una tomografía computarizada de tórax en la cual aparecen infiltrados bilaterales migratorios no cavitados, siendo el paciente diagnosticado de una vasculitis de mediano y pequeño vaso denominada Churg-Strauss.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: auscultación respiratoria: sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares, roncus en bases. Aspecto caquético. Pruebas complementarias: Radiografía torácica: infiltrado intersticial difuso. Análisis sanguíneo: eosinofilia. Tomografía computarizada de tórax: infiltrados bilaterales migratorios no cavitados.

Juicio clínico: Síndrome de Churg-Strauss.

Diagnóstico diferencial: Síndromes de tos crónica, síndrome de hiperventilación, rinitis, neumonías, fibrosis pulmonar, EPOC, bronquiectasias, bronquitis obliterante, estenosis de vías aéreas, inhalación de cuerpo extraño, cáncer de pulmón, insuficiencia cardíaca, reflujo gastroesofágico, síndrome Widal, enfermedades sistémicas (vasculitis).

Comentario final: La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma. Es frecuente que estos pacientes consulten en Atención Primaria por distintos síntomas. El asma es el signo más común del síndrome de Churg-Strauss, pero dicho síndrome es una enfermedad sistémica rara que puede causar una amplia gama de signos y síntomas, lo que hace difícil su diagnóstico. Siempre debemos tener en cuenta los antecedentes médicos de los pacientes. En nuestro caso, el diagnóstico se basa en los antecedentes personales

del paciente además de los resultados de análisis de sangre anómalos, radiografía de tórax o TAC. El síndrome de Churg-Strauss es raro y no tiene cura, pero podemos ayudar a controlar los síntomas con esteroides y otros medicamentos inmunosupresores potentes. Recalcar la importancia de los contactos repetidos con el Médico de Familia para el diagnóstico de enfermedades raras. Ante un paciente que consulta de forma reiterada por algún cuadro, recordar que éste puede formar parte de alguna enfermedad rara.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacerda Fernandes G, Araújo Teixeira A, Santana Antón AG, Rodrigues Reis AT, Rezende de Freitas AC, Bachour Basílio D. Churg-Strauss syndrome: a case report. Radiol Bras. 2014;47:259-61.
2. Etxeberria Agirre A, Rotaecche del Campo R. Diagnóstico y clasificación del asma. Guías Fistera, 2016.