



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/347 - Broncoespasmo grave resistente al tratamiento

R. Navarro Hernández<sup>a</sup>, R. Navarro Hernández<sup>a</sup>, A.M. Ferrer Morales<sup>a</sup>, A.M. Magdaleno Hernández<sup>a</sup>, F.L. Amorós Martínez<sup>b</sup> y M.J. Gómez Rubio<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud de Albatera. Orihuela. <sup>b</sup>Internista. Hospital Vinalopó. Elche.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años. No RAM ni antecedentes patológicos. No fumadora. Episodios recurrentes de dificultad respiratoria e hiperrreactividad bronquial, sin desencadenante conocido ni fiebre. Tratada en varias ocasiones en atención primaria con broncodilatadores y antibióticos sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Rx tórax: normal. Analítica de sangre: leucos 24.970 (N92% Li 6%) resto normal. Serología: Ig E 10, IgM CMV negativo, IgG CMV positivo, IgM VEB negativo, IgG VEB positivo. Espirometría: FVC 71%, FEV1 73%, FEV 25-75%, FEV1/FVC 68%. Pulsioximetría: 92-97%. Derivada a urgencias del Hospital por broncoespasmo agudo, precisó traslado a UCI con tratamiento esteroideo intravenoso y antibioterapia de forma empírica con ceftriaxona y claritromicina, con mala respuesta al tratamiento precisando ventilación mecánica no invasiva con BIPAP con O2 y helio. La persistencia del broncoespasmo precisó tratamiento con salbutamol iv eufilina y sulfato de magnesio en perfusión iv. TACAR torácico y cuello con contraste: normal. Hemocultivos: negativos. Frotis *Bordetella pertussis*: negativo. Interconsulta a ORL: descarta patología. Interconsulta a Psiquiatría: trastorno adaptativo mixto, inician escitalopram 10 mg, bromazepam 1,5 mg. Tras ingresos recurrentes similares sin mejoría tras instaurar diferentes tratamientos broncodilatadores se realizó Tránsito gastroesofágico: reflujo significativo de contraste baritado (hasta tercio distal del esófago). No hernia ni zonas de estenosis esofágica. Manometría: esfínter esofágico inferior hipotónico, pHmetría: patológico, índice de DeMeester de 24,37.

**Juicio clínico:** Asma Bronquial secundaria a reflujo gastroesofágico.

**Diagnóstico diferencial:** Asma bronquial extrínseca e intrínseca, infección respiratoria, somatización, infección por *Bordetella*, aspergilosis, sarcoidosis, reflujo gastroesofágico, disfunción de las cuerdas vocales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Comentario final:** Intervenida quirúrgicamente realizándose funduplicatura de Nissen. Desde el alta sin tos, auscultación normal, sin sibilantes ni espiración alargada.

### Bibliografía

1. Iliaz SD. Does gastroesophageal reflux increase chronic obstructive pulmonary disease exacerbations? *Respir Med.* 2016;115:20-5.
2. Kanemitsu Y. Gastroesophageal dysmotility is associated with the impairment of cough-specific quality of life in patients with cough variant asthma. *Allergol Int.* 2016.
3. Buyantseva LV. Risk factors associated with 30-day asthma readmissions. *J Asthma.* 2016;17:1-7

4. Emilsson ÖI. Definition of nocturnal gastroesophageal reflux for studies on respiratory diseases. *Scand J Gastroenterol*. 2016;51:524-30.

**Palabras clave:** *Asthma bronchial. Gastroesophageal reflux. Bronchospasm.*