



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



212/1119 - Cuando la clínica refleja un epoc..."ficticio"

F. Attardo^a, J.J. Gil Pastor^a y P. Barbero Barbero^b

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Este. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 48 años, fumadora activa de 1 paquete de cigarrillos/día desde hace 20 años (20 paquetes/año), acude en varias ocasiones en consulta de AP y de Urgencias por disnea de mínimos esfuerzos, tos, expectoración densa, abundante y episodios de síncope tusígeno con traumatismo craneal. Disfonía. Somnolencia diurna. Mareos y acúfenos asociados. Clínicamente la paciente presentó cuadro compatible con EPOC e hiperreactividad bronquial. Los episodios sincopales siempre se manifestaron con ataque de tos intensa y disnea importante.

Exploración y pruebas complementarias: Obesidad, cianosis facial con aspecto congestivo, disneica, sudorosa. MV disminuido globalmente, roncus, sibilancias difusas. Exploración NRL y ORL normal. Analítica: normal. SatO₂ 94-95%. Test Epworth: 20 puntos. Derivación NML (sospecha EPOC/SAHS). Disminución leve DLCO. Espirometría normal. Polisomnografía: síndrome apnea/hipopnea del sueño leve. Derivación ORL (por acúfeno y mareos): hallazgo casual RMN CAI: astrocitoma difuso tronco encefálico. En AP se administraron en los episodios agudos nebulizaciones con broncodilatadores + corticoides, ciclos de prednisona y antibioticoterapia con mejoría. Mantenimiento: inhalador dual por la sensación de gravedad (glicopirronio + indacaterol), salbutamol de rescate (sospecha fenotipo mixto EPOC-asma agudizador, según GesEPOC), no obstante la espirometría no diagnosticó EPOC. Se insiste en dejar el tabaco. Actualmente la paciente está en tratamiento con quimio-radioterapia por el glioma inoperable.

Juicio clínico: Glioma del tronco encefálico.

Diagnóstico diferencial: Síncope tusígeno por EPOC; S. cardíaco obstructivo; S. senocarotideo; S. psiquiátricos.

Comentario final: En alta sospecha de EPOC por la clínica claramente sugestiva y por el hábito tabáquico, es fundamental realizar la espirometría, que nos habría descartado el diagnóstico aun con clínica evidente. Además si ese mismo paciente es obeso, siempre hay que descartar que no haya un SAOS de base. No obstante, nunca hay que tener miedo a empezar un tratamiento con inhaladores cuando hay una clínica que lo requiere y sobre todo cuando hay mejoría evidente. Que la causa de sus síncope no ha sido un EPOC, sino probablemente el glioma difuso, no debe inducirnos a no tratar los síntomas del paciente. En AP podemos recurrir a sencillos instrumentos como, en este caso, es el test de Epworth y siempre tenemos que intentar hacer promoción de conductas saludables como dejar de fumar, por el bien de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Syncope: differential diagnosis; SEMERGEN-Medicina de Familia. 2001;27(6).
2. Guía GesEPOC 2015.
3. Neurowikia.

Palabras clave: *Síncope tusígeno. Disnea. Glioma.*