



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

## 242/291 - TRAYECTORIA DE UN FUMADOR

M. Hernández Núñez<sup>a</sup>, M. Alcalde Sesma<sup>b</sup>, L. Gibert Hernández<sup>c</sup>, M. Abellà Porta<sup>d</sup>, G. Elizalde del Río<sup>a</sup> y M. Novés Nadal<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Montblanc. Tarragona. <sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Jaume Primer. Tarragona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>d</sup>Enfermera. CAP Montblanc. Tarragona. <sup>e</sup>Médico de Familia. CAP Montblanc. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56a, exfumadora de 20 c/día hasta hace 4 años, sin AP de interés ni alergias conocidas que presenta disnea progresiva al ejercicio de 4a evolución, con empeoramiento en el último año. No exposición a ambientes húmedos, minería, metalurgia, actividad agrícola o aves. Tratamiento habitual: broncodilatadores y corticoides inhalados. Clínica: no tos ni expectoración habituales, 2-3 episodios de bronquitis año sin ingresos hasta el último año, con 2 ingresos y empeoramiento funcional progresivo en el último año hasta presentar disnea grado 3 según la escala modificada de disnea (MMRC) y BODE 5 (Body Obstruction Disnea, Exercise) por lo que ante la rapidez del deterioro de calidad de vida y repercusión funcional respiratoria, en ausencia de contraindicaciones, se decide trasplante pulmonar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Talla 162, peso 57 Kg, IMC 21,75%. Destaca: hipofonesis global sin otros ruidos. Resto normal. SatO2 97%, FVC 2,09 (60%); FEV1 0,69 (26%); FEV1/FVC 33,01%; Analítica normal, ECG normal, Ecocardiograma: normal, Rx tórax: hiperinsuflación pulmonar; TC tórax: extenso enfisema pulmonar centrolobulillar bilateral difuso. Gammagrafía pulmonar: distribución heterogénea de macroagregados en ambos pulmones, con mayor perfusión en bases que en vértices; cuantificación de pulmón derecho 53% y 47% del izquierdo. Test marcha: 220m recorridos con SatO2 inicial de 96% y desaturación máxima de 92%.

**Juicio clínico:** EPOC. Enfisema pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Anemia, EPOC bronquitis crónica, Neumonitis alérgica, cáncer pulmón, insuficiencia cardiaca, valvulopatía.

**Comentario final:** El tabaco es un factor de deterioro pulmonar y por sí solo comporta un menoscabo tal que puede requerir un trasplante pulmonar. Desde Atención Primaria se debe aprovechar cualquier ocasión para procurar una deshabituación tabáquica y registrar con periodicidad el deterioro mediante PRF y escalas como BODE y MMRC, cosa que permitirá ajustar el tratamiento en cada momento a cada paciente intentando así la progresión de la enfermedad.

### Bibliografía

1. Mora JI, Hadjiliadis D. Lung volume reduction surgery and lung transplantation in chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2008;3(4):629-35.

2. Marchetti N, Criner GJ. Surgical Approaches to Treating Emphysema: Lung Volume Reduction Surgery, Bullectomy, and Lung Transplantation. *Semin Respir Crit Care Med.* 2015;36(4):592-608.

**Palabras clave:** Trasplante pulmonar. Enfisema pulmonar. Tabaquismo.