



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4478 - TRIADA DE SUEIRO: DIÁSTASIS DE RECTOS, HERNIA UMBILICAL Y OBESIDAD TRONCULAR; FENOTIPO TÍPICO DE LA EPOC

P. Martínez Galán^a, S. Morales Quintero^b, C. Ágreda Liroz^b y L. Sáenz de Pipaon Ayala^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño. La Rioja. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años, NAMC, con antecedentes de HTA, DM, DL, obesidad troncular, FA crónica anticoagulada, ICC con miocardiopatía dilatada de origen enólico, EPOC con varios ingresos por reagudización, neumonías recurrentes, carcinoma epidermoide de laringe con cirugía radical, portador de traqueostomía, hipotiroidismo por amiodarona, RGE, IRC, poliartritis gótica e hiperuricemia. Situación basal funcional: Independiente para las ABVD, funciones superiores conservadas. Acude a PAC por aumento brusco de disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con sensación febril.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado, mal estar general, mala perfusión, palidez cutánea, eupneico en reposo, sin ingurgitación yugular. AC: arrítmico sin soplos. AP: roncus generalizados y crepitantes en bases, abdomen blando, depresible, no doloroso, con diástasis de rectos y hernia umbilical. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Constantes: TA 95/70 mmHg, Sat. O₂ 96% con GN a 4l/min. Afebril, eupneico en reposo. ECG: FA a 106 lpm, HBAS. Rx tórax: sin signos de infiltrado parenquimatoso y con signos de EPOC. Analítica: proBNP 6.420, PCR 534, PCT 26, GSA: pH 7,41, pCO₂: 29, pO₂: 65, HCO₃: 18, leucocitos: 22.200.

Orientación diagnóstica: Agudización de EPOC, traqueostomía, fibrilación auricular, Insuficiencia cardíaca crónica.

Diagnóstico diferencial: TEP, insuficiencia cardíaca aguda, infección respiratoria.

Comentario final: La EPOC es una patología muy frecuente en nuestro medio cuyo abordaje debe ser multidisciplinar por la gran afectación extrapulmonar que conlleva; por ello, es importante clasificar adecuadamente cada fenotipo. Clínicamente los más conocidos son el “abotargado azul” (bronquítico crónico) y el “soplador rosado” (enfisematoso). Además, existe un fenotipo frecuente en nuestras consultas que sería el descrito por el Dr. Sueiro; éste se caracteriza por presentar obesidad troncular, cuello corto, tórax ensanchado, y diástasis de rectos con herniación del contenido abdominal (signo de Sueiro). Si asocia hernia umbilical se denomina tríada de Sueiro. Suelen presentar insuficiencia respiratoria global e hipoventilación, lo que conlleva a una insuficiencia mecánica respiratoria, que condiciona el pronóstico del paciente, ya que habría que añadir a la patología obstructiva de base, una dificultad intrínseca para la ventilación. La adecuada clasificación fenotípica de estos pacientes podría repercutir en la mejora de su abordaje terapéutico.

Bibliografía

1. Diaz S. fenotipos de la EPOC: el signo de Sueiro. Arch Bronconeumol. 2012;48(1):32-4.

Palabras clave: Sueiro.