



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/4056 - ¡ME FALTA EL AIRE!

J. Illán Pérez¹, T. Méndez García², I. Castellanos Pintado¹ y R. Roldán Villanueva³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. ²Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón 79 años, totalmente independiente para las actividades diarias. Antecedentes personales: alergia polen, dislipémico, fumador 4 cigarrillos/día, cardiopatía isquémica con 4 bypass en 1998, síndrome apnea obstructiva del sueño y síndrome piernas inquietas. Consulta por malestar general, disnea y astenia de 1-2 semanas de evolución. Tos sin expectoración. Además sensación pérdida de peso no verificada. No fiebre ni otra sintomatología. El paciente había recibido tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico) por infección respiratoria hace 3 semanas. Se solicita radiografía de tórax y se comienza tratamiento con claritromicina por sospecha de neumonía atípica con radiografía de control tras finalizar tratamiento. Radiografía inicial: afectación parenquimatosa pulmonar bilateral de predominio perihiliar y en lóbulos superiores con patrón de aspecto alveolar. ¿Infeccioso? ¿Edema? Valorar con historia clínica. Radiografía control: comparado con radiografía previa sin cambios la afectación parenquimatosa pulmonar bilateral de predominio perihiliar y en lóbulos superiores con patrón de predominio intersticial. En radiografía de 2018 ya parece identificarse aunque más tenue. ¿Crónico? Valorar con historia clínica y TAC para mejor caracterización.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 36,6 °C. Presión arterial 130/80 mmHg. Saturación oxígeno 96%. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular. Auscultación cardíaca y resto exploración física anodina. Analítica sangre: sin hallazgos significativos. TAC tórax: afectación parenquimatosa pulmonar bilateral de predominio perihiliar y en lóbulos superiores con signos compatibles de enfisema moderado.

Orientación diagnóstica: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Neoplasia pulmonar. Tuberculosis.

Comentario final: La disnea es un síntoma que afecta a millones de pacientes y puede ser la manifestación primaria de diferentes patologías (pulmonar, cardíaca, hematológica, neuromuscular...). La disnea puede ser frecuente en el paciente con EPOC. La EPOC, además de la clínica y la radiología, se confirma con una espirometría y los pacientes se clasifican según la gravedad a la limitación del flujo aéreo y la sintomatología. La única medida que aumenta la supervivencia en estos pacientes es el abandono tabáquico y la oxigenoterapia si está indicada. En cuanto al tratamiento, juega un papel importante la combinación de medidas farmacológicas con las no farmacológicas.

Bibliografía

1. Approach to the patient with dyspnea. UpToDate (Internet). Wallham (MA): UpToDate; 2018 (actualizado 15 junio 2018; citado 10 agosto 2018). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea>

Palabras clave: Disnea. Espirometría. Tabaco.