



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/31 - TOS PERSISTENTE Y DISNEA EN PACIENTE FUMADOR: REPORTE DE UN CASO

M. Conesa Espejo^a, C. Sánchez Pérez^b, A. Martínez Más^c, I. Martínez Ardit^d, A. Plazas Miñarro^e y A. Palacio Liñares^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 48 años tiene como antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia. Refiere dos episodios de bronquitis/año que precisan corticoides orales y terapia broncodilatadora resolviéndose sin requerir ingreso hospitalario. Fumadora: 20 paquetes/año. Tratamiento crónico: enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg. Simvastatina 20 mg. Consulta en Atención Primaria por referir desde hace 4 meses tos persistente, mucosidad y disnea al andar en llano que le obliga a detenerse. No refiere dolor torácico, ni fiebre. Ha estado tomando cloperastina sin mejoría. Se realiza exploración física que es normal. Se recomienda abandono de hábito tabáquico presentando la paciente alta motivación para hacerlo pero solicita tratamiento farmacológico para su abandono. Iniciamos vareniclina 0,5 mg y remitimos a Unidad de deshabituación tabáquica. Solicitamos radiografía tórax, analítica, espirometría basal y posbroncodilatadora, mantoux y se prescribe salbutamol en cámara espaciadora. A la semana acude a consulta, refiere mejoría parcial de la clínica con salbutamol inhalado. Revisamos espirometría que muestra un patrón obstructivo con reversibilidad positiva. Presenta un BODEx de 3 puntos. Se inicia tratamiento con salmeterol/fluticasona 50/250. Se cita en una semana presentando mejoría de sintomatología y manteniendo abstinencia tabáquica.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 150/90 mmHg, afebril, saturación oxígeno: 96%. Auscultación cardiopulmonar: rítmica a 80 latidos/minuto, murmullo vesicular conservado con algún roncus que se modifica con la tos. Miembros inferiores: no edema. Analítica: normal. Electrocardiograma: normal. Radiografía tórax: normal. Espirometría basal/posbroncodilatadora: FEV1: 56%, FVC: 80%, FEV1/FVC: 63%. Reversibilidad: 13%.

Juicio clínico: EPOC moderado fenotipo mixto EPOC-asma.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, reflujo gastroesofágico, tuberculosis, tos secundaria a IECA.

Comentario final: Ante todo paciente con clínica de disnea y tos, mayor de 35 años y con factor de riesgo como el tabaco se debe sospechar un EPOC sin descuidar otras posibles etiologías acorde con sus antecedentes. La espirometría nos dará confirmación diagnóstica y pruebas como radiografía tórax y electrocardiograma accesibles en atención primaria nos ofrecerán información sobre comorbilidad del paciente. Es necesario clasificar la gravedad del paciente en función del BODEx e identificar de qué fenotipo

se trata para ayudarnos a determinar el mejor tratamiento.

Bibliografía

1. Guía Española EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50(Supl 1):1-16.