



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/147 - REPETIDAS CRISIS DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

J. Ortiz de Salido Menchaca<sup>a</sup>, N. Cortina Garmendia<sup>b</sup>, A. Leibar Loiti<sup>a</sup>, A. Orcajo Orueta<sup>c</sup>, B. Alonso Alfayate<sup>d</sup> y M. Valiente Millán<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoilino II. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoilino I. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Kueto. Hospital de San Eloy. Vizcaya. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cotoilino. Cantabria. <sup>e</sup>Adjunta Medicina Interna Hospital de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 96 años con antecedentes de HTA, FA paroxística y asma bronquial persistente moderada-grave que acude a urgencias derivada del C. Salud por empeoramiento de su disnea habitual. 13 días antes acudió por el mismo motivo donde fue diagnosticada de crisis de hiperreactividad bronquial, que tras broncodilatadores nebulizados mejoró sustancialmente. Tras mismo tratamiento y mejoría evidente fue dada de alta, con IC neumología. Al día siguiente su médico de atención primaria solicitó una analítica con dímero D, sospechando que esas repetidas crisis fueran provocadas por un TEP, confirmándose dos días después en el hospital mediante un angioTAC tras resultar alterado dicho parámetro.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente afebril, 145/89, eupneica en reposo y resto de constantes dentro de la normalidad (SatO<sub>2</sub>: 98%). ACP: rítmica, sin soplos. Hipofonosis generalizada. Ligero alargamiento de la espiración asociado a sibilantes. Analítica: sin alteraciones. Rx tórax: compatible con la normalidad, similar a previas.

**Juicio clínico:** TEP en contexto de crisis repetidas de hiperreactividad bronquial.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria. Neumonía. Insuficiencia cardiaca. Dolor torácico.

**Comentario final:** La tromboembolia pulmonar (TEP) es una situación clínico-patológica desencadenada por la obstrucción arterial pulmonar por causa de un trombo desarrollado in situ o de otro material procedente del sistema venoso. De ello resulta un defecto de oxígeno en los pulmones. Es una de las principales emergencias médicas siendo una enfermedad potencialmente mortal. La alta incidencia de TEP en ancianos requiere en los médicos un alto nivel de sospecha con el fin de diagnosticar e iniciar un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones fatales. Es bien sabido que el TEP es difícil de diagnosticar de entrada por su presentación tan poco específica, particularmente en la población anciana. La disnea y el dolor pleurítico son los síntomas más frecuentes. Síncope, taquipnea, hemoptisis, broncoespasmo y sibilancias, ortopnea, tos, palpitaciones pueden también presentarse. Es por ello, por lo que a esta entidad se le denomina la “gran simuladora”.

### Bibliografía

1. Konstantinides S. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Heart Journal. doi:10.1093/Eurheartj/ehu283.

2. Masotti L, Ray P, Le Gal G. Pulmonary embolism in the elderly: a review on clinical, instrumental and laboratory presentation. *Vascular Health and Risk Management*. 2008;4(3):629-36.