



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



452/150 - DISNEA EN PACIENTE CON EPOC

C. Gaudó Perales¹, A. Revnic², M. Rodríguez Nogue², D. Sánchez Ruiz², I. Gómez Arraiz³, C. Piñana Alonso⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernando el Católico. Zaragoza, ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hernani. Gipuzkoa. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 76 años con AP de EPOC grave con O₂ en domicilio, FA, DM tipo2, cor pulmonale, CPAP nocturna que acude a urgencias por aumento de su disnea habitual, sin dolor torácico, tos o expectoración, acompañado de dolor de espalda. Paciente incluido en el programa de clínicos complejos desde su último ingreso en Medicina Interna (hace un mes). No disminución de la diuresis, no otra sintomatología. En un segundo tiempo, a la luz del valor de hemoglobina se reinterroga al paciente quien refiere melenas de una semana de evolución coincidiendo temporalmente con la prescripción de un nuevo fármaco (roflumilast).

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: PA: 101/61, FC 88 lpm, T^a 36,1 °C, SatO₂ 91% (gafas nasales al 2 l/min). REG. Consciente y orientado. Normocoloreado. AC: RsCsAr sin soplos. AP: MVC con sibilantes espiratorios dispersos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, peristaltismo presente, no signos de irritación peritoneal, no edemas en EEII, no signos de TVP, pulsos pedios presentes. Rx de tórax: cardiomegalia global. Elongación aórtica. Signos de broncopatía crónica. Atelectasia fibrosa en LSD con retracción de hilio ipsilateral. Sin alteración pleuroparenquimatosa aguda. Rx de columna lumbar: Disminución de cuerpo vertebral L1 ya conocido. ECG: flúter auricular. Bloqueo de rama derecha ya conocido. Bioquímica: proBNP 3.378, PCR 0,24, glucosa 130, urea 225, creat 1,17, BiT 0,75, cloro 101, sodio 132, k+ 5,3, GFR-CKD EPI 60,20, amilasa 53, lipasa 62, GGT 147, GOT 21, GPT 15. Hemograma: leucocitos 9.800, N 85,2%, Hb 6,2, plaquetas 149.000. E. coagulación: INR 2,45, AP 33%. Gastroscopia: hernia de hiato. Gastritis antral.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca secundaria a sangrado digestivo.

Diagnóstico diferencial: Reagudización de EPOC. TEP. Neumonía.

Comentario final: La disnea aguda puede tener un origen multifactorial, la más frecuentes en el adulto son la descompensación de un IC, la reagudización de EPOC, crisis de asma, neumonía o un TEP. Nuestro paciente estaba anticoagulado por su FA, lo que hacía improbable el TEP. En Urgencias el primer tratamiento que se sometió fue a un Hudson con anticolinérgico y BB con escasa mejoría, indicando que había que pensar en algo más que en su EPOC. La Rx de tórax y la analítica descartaban la neumonía y evidenciaban una Hb de 6,2 que nos daba la sospecha que la

agudización de su disnea estaba en relación a su anemia. El pro-BNP alto indicaba un fallo cardiaco en relación a la anemia. A nuestro paciente se le transfundió 4 concentrados de hematíes. Al realizarse la gastroscopia se evidencio una gastritis en probable relación con la toma de roflumilast para su EPOC, ya descrita en su ficha técnica. Por último, indicar que la disnea se trata de un predictor independiente de mortalidad en pacientes con IC, EPOC y ancianos como es nuestro paciente.

Bibliografía

Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al; American Thoracic Society Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185(4):435-52.

Palabras clave: EPOC. Melenas. Anemia ferropénica. Disnea.