



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

413/12 - ¿ES DE BAJO RIESGO?

A. González Gamarra¹, A. Salvador Calvo¹, J. Campos Rodríguez¹, A. Álvarez Hermida², B. López Álvarez¹, B. Vicuña Castrejón¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ²Enfermera. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años que consulta por malestar general y fatiga. En los antecedentes destaca hipertensión, dislipemia y síndrome ansioso-depresivo. Exfumadora según constaba en nuestra historia. No bebedora.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, bien orientada. Coloración pajiza de piel. No cianosis ni taquipnea. Tensión 148/74. Pulsioximetría 97%. Cooximetria 17 ppm. Estigmas de hepatopatía crónica. Auscultación pulmonar: roncus diseminados. Abdomen: distensión abdominal, sin ascitis. Se palpa hígado 1-2 cm por debajo LMD aumentado de consistencia. Circulación colateral en flancos. Resto normal. Analítica: hemoglobina 14,7 g/dl. VCM 102,5. CHCM 33,3. Leucocitos 6.790 (81 eosinófilos). Colesterol 225. Triglicéridos 129. HDL 39 mg/dl. LDL 160. Creatinina 0,59. GOT 96. GPT 47. GGT 375. Bilirrubina 0,69. Alfafeto 5,8 ng/ml. Microalbuminuria: 7 mg/g. Proteinograma hipergamaglobulinemia policlonal. Serologías virus: negativa. Coagulación: normal. TSH 5,86. T 4 1,42. Pro-BNP 108. Espirometría: obstrucción moderada no reversible. Electrocardiograma alteraciones inespecíficas de la repolarización. Radiografía tórax normal. Ecografía realizada por nosotros hígado de borde irregular. No ascitis, ni derrame pleural, ni lesiones intrahepáticas. Tratamiento: enalapril, amlodipino, tiotropio/olodaterol y escitalopram. Se remite a Digestivo y Psiquiatría.

Juicio clínico: Reinterrogada la paciente refería que había vuelto a fumar unos 10 cigarrillos al día. Refería tos con expectoración escasa y una disnea de grado 1-2. Un episodio de bronquitis el año anterior que precisó antibióticos. Negaba ingesta enólica. EPOC con obstrucción moderada no agudizadora de bajo riesgo. Hipertensión grado 2 con mala adherencia terapéutica (confirmada por no recoger recetas) pero sin complicaciones. Dislipemia. Hepatopatía crónica de probable origen enólico pendiente de valorar hipertensión portal y grado de fibrosis.

Diagnóstico diferencial: La disnea en el 80% de los casos es debida a causas cardíacas o pulmonares y un 30% son mixtas. El BNP normal descarta prácticamente las causas cardíacas. Las mujeres con EPOC suelen tener más disnea, peor calidad de vida y mayor limitación de sus actividades.

Comentario final: El alcoholismo en la mujer supone un estigma social. Es difícil que lo cuenten pero el cociente GOT/GPT, el VCM, la GGT y los datos de la exploración apuntaban hacia ello. En la mujer también hay mayor tasa de infradiagnóstico de la EPOC.

Bibliografía

Harrison. Principles of Internal Medicine, 20th ed.

Laviolette L. Dyspnoea: a multidimensional and multidisciplinary approach. Eur Respir J. 2014;43:1750-62.

Wahls S. Causes and Evaluation of Chronic Dyspnea Am Fam Physician. 2012;86(2):173-80.

Palabras clave: Disnea. EPOC. Hepatopatía. Alcohol.