

CASO CLÍNICO

¿Es una agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

JESÚS MOLINA PARÍS¹
Y MIGUEL ÁNGEL LOBO ÁLVAREZ²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid).

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid.

Varón de 69 años, exfumador desde hace 10 años, pero con un consumo acumulado de 45 paquetes-año, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sigue tratamiento con nifedipino, bromuro de glicopirronio y formoterol, y salbutamol a demanda.

Acude a consulta porque desde hace 5 días presenta un cuadro catarral, rinorrea acuosa y febrícula. Desde entonces tiene tos y aumento progresivo de la disnea, hasta alcanzar el grado 3 según el mMRC (*Modified Medical Research Council*)¹. Por ello ha utilizado salbutamol con frecuencia estos días, pero la tos y la disnea no han mejorado.

En la auscultación cardiopulmonar destacan la presencia de una discreta taquicardia, un modera-

do soplo sistólico (III/IV) y un cuarto tono, con leves crepitantes de despegamiento en las bases. En la exploración general destaca la existencia de edemas en miembros inferiores y una presión arterial de 160/100 mmHg.

Se solicita en ese momento un electrocardiograma (fig. 1), en el que se observa una hipertrofia del ventrículo izquierdo, posiblemente secundaria a una cardiopatía hipertensiva.



FIGURA 1. Electrocardiograma.

La presión arterial está elevada, lo que indica un inadecuado control de la HTA del paciente.

La tos habitual del paciente ha aumentado, pero no así la expectoración. En la anamnesis, el paciente cuenta también ortopnea e importante debilidad, con dos episodios de despertar brusco por la noche con disnea.

Se considera que el paciente presenta una agudización de la EPOC, pero con los datos de la anamnesis y de la exploración (signos de fallo derecho), se baraja como primera posibilidad del aumento de los síntomas respiratorios una insuficiencia cardíaca (IC), que se confirma con la radiografía urgente solicitada de forma ambulatoria (fig. 2); en dicha radiografía se aprecia cardiomegalia, edema peribronquial y, en el detalle, líneas B de Kerley.

Se decide tratamiento farmacológico cambiando nifedipino por verapamilo (mejora la función



FIGURA 2. Radiografía de tórax del paciente.

diastólica y la relajación ventricular), se añade un diurético y corticosteroides orales, intentando mejorar el componente de descompensación de la EPOC con escasos efectos secundarios, manteniendo el tratamiento broncodilatador que el paciente venía utilizando, y se le prescribe también paracetamol cada 8 horas.

Dos días después refiere menos tos y menos disnea. Citado 5 días más tarde, el paciente ha mejorado claramente de los síntomas que presentaba.

Conviene tener en cuenta que el aumento de síntomas en pacientes con EPOC habitualmente tiene un origen respiratorio, pero no siempre es así^{2,3}, y es necesario tenerlo en cuenta (tabla 1), pues la fisiopatología es distinta y el tratamiento también.

Entre las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca están la enfermedad coronaria, la HTA y la enfermedad valvular.

Tanto la EPOC como la IC son enfermedades con alta prevalencia, se asocian frecuentemente y presentan síntomas y algunos signos coincidentes, por lo que hacer un adecuado diagnóstico diferencial entre ellas es importante.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial ante un deterioro de síntomas en pacientes con EPOC

Causas respiratorias

- Neumonía
- Neumotórax
- Embolia pulmonar
- Derrame pleural
- Traumatismo torácico

Causas cardíacas

- Insuficiencia cardíaca
- Arritmias cardíacas
- Cardiopatía isquémica aguda

Otras

- Obstrucción de vía aérea superior

Bibliografía

1. Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis. Instructions for use of the questionnaire on respiratory symptoms. Devon: W.J. Holman; 1966.
2. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Grupo de Trabajo de GesEPOC. Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58.
3. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Updated 2014. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>