



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1866 - No Toda Disnea es de Origen Respiratorio

Á.F. Viola Candela<sup>a</sup>, C. Sánchez Peinador<sup>a</sup>, M. Robles Torres<sup>b</sup>, G. Lucía Ramos<sup>b</sup>, R. Alonso Iglesias<sup>c</sup>, E. de Dios Rodríguez<sup>d</sup>, A. Pérez Santamaría<sup>e</sup>, C. Manueles Astudillo<sup>e</sup>, J.I. Delgado Redondo<sup>d</sup> y J.I. Berrocoso Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno.

<sup>c</sup>Residente de 4º año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º

año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 55 años con diagnósticos previos de Dislipemia, tratada con atorvastatina 10 mg; y EPOC, en tratamiento con budesonida/formoterol 160/4,5 µg y tiotropio 18 µg. Intervenido quirúrgicamente de prótesis de cadera derecha y ductus arteriosus permeable (con 6 años). Exfumadora desde hace 2 años (índice paquetes/año: 5); No bebedora. Sin alergias medicamentosas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Nuestra paciente acude a consulta de Atención Primaria refiriendo disnea de moderados esfuerzos de meses de evolución y curso progresivo, negando tos y clínica de insuficiencia cardíaca. Revisiones anuales por Neumología por diagnóstico de EPOC, comentando la paciente escasa mejoría con el uso de inhaladores habituales.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física se objetiva normalidad en las constantes vitales; no ingurgitación yugular; auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico en meso y una auscultación pulmonar normal, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, sin otras alteraciones y ausencia de edema en EEII. Con el fin de descartar causas más frecuentes de disnea, se solicitó como prueba inicial una Rx tórax: crecimiento de cavidades derechas y tronco de art. pulmonar prominente sin alteraciones del parénquima pulmonar. La persistencia de la disnea comentada, edad temprana, escaso tabaquismo y sexo femenino junto con la Rx tórax y el tiempo de evolución nos hizo reformular sus diagnósticos previos y ampliar el estudio complementario con un ECG (BAV 1º, resto normal) y una espirometría en el C.S con un resultado normal, no evidenciándose patrón obstructivo, para nuestra sorpresa. El estudio analítico (incluido perfil tiroideo) no puso de manifiesto alteraciones significativas, salvo un colesterol total de 240 mg/dl. En anamnesis dirigida la paciente negaba mareos, episodios sincopales y dolor torácico que junto con el estudio realizado descartaron razonablemente el origen de la disnea como respiratorio. Ante la situación se decide derivar a la paciente a los Servicios de Cardiología y Neumología con realización de ecocardiografía, cateterismos y RMN cardíaca, emitiéndose el diagnóstico final de hipertensión pulmonar moderada con disnea en clase funcional II. Se incluye en lista de espera quirúrgica para corrección. Hasta el momento nuestro cometido ha consistido en conseguir los objetivos de prevención secundaria.

**Juicio clínico:** Hipertensión pulmonar moderada.

**Diagnóstico diferencial:** Disnea crónica a descartar asma, EPOC, ICC, enfermedad pulmonar intersticial, ansiedad.

**Comentario final:** La disnea es uno de los síntomas más frecuentes por la que consultan los pacientes. Es subjetivo y muy inespecífico que obedece a muy diversas causas. Desde Atención Primaria no debemos conformarnos con un diagnóstico previo si existen causas que obligan a reformularlos, buscando otros posibles desencadenantes y siguiendo un razonamiento clínico. Todo ello en favor del paciente evitando la mala praxis y justificando las actuaciones a fin de acelerar el proceso diagnóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Farreras P, Rozman C. Compendio de Medicina Interna 5ª Ed. Elsevier, 2013. p. 248-9.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª edición. Madrid, 2012.