



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1499 - SE DISFRAZÓ DE ASMA

M.N. Cano Torrente<sup>a</sup>, M.S. García Pacheco<sup>b</sup>, E. Sánchez Fernández<sup>a</sup>, T. Parra Alonso<sup>a</sup>, A. González Cárdenas<sup>c</sup>, S.E. Medellín Pérez<sup>d</sup>, R. Román Martínez<sup>d</sup>, J.A. Martínez Solano<sup>a</sup>, L. Nieto Perea<sup>a</sup> e I.B. Miranda Núñez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico Especialista en Neumología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital de Lorca. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas-Sur. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 73 años procedente de otro centro de salud, con antecedentes personales de diabetes, hipertensión, dislipemia y asma bronquial persistente severo desde 2005. No bebe alcohol y nunca ha fumado. Tratamiento habitual: antidiabéticos orales, estatinas, antihipertensivos, glucocorticoides inhalados a altas dosis más beta-adrenérgico de acción larga, tiotropio y antileucotrienos, con mal control del asma. Consulta por disnea de pequeños esfuerzos y ruidos torácicos frecuentes de predominio nocturno junto con sensación de opresión torácica; a pesar de utilizar inhaladores diariamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Frecuencia respiratoria: 20 rpm, SatO<sub>2</sub> 95%. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido, sin ruidos sobreañadidos. Estridor inspiratorio al hablar rápido y con la risa. Espirometría basal y con test broncodilatador: FEV<sub>1</sub>: 1.680 ml (38%), FVC: 1.690 ml (68%), FEV<sub>1</sub>/FVC: 40%. Con broncodilatación, ganancia del FEV<sub>1</sub> de 370 ml (43%). Curva flujo/volumen: aplanamiento de ramas inspiratoria y espiratoria. Sospecha diagnóstica de obstrucción de vía aérea superior oculto bajo el diagnóstico de asma persistente. Se deriva al Servicio de Neumología para valoración. La fibrobroncoscopia confirma el diagnóstico de estenosis traqueal.

**Juicio clínico:** Estenosis traqueal idiopática. Tras dilatación con láser de la estenosis traqueal, desaparece la clínica.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades obstructivas de vía aérea superior (disfunción de cuerdas vocales, tumores, cuerpos extraños, malformaciones traqueobronquiales) otras enfermedades respiratorias (alveolitis alérgica extrínseca, neumonía eosinófila crónica, bronquiectasias, embolia pulmonar) y no respiratorias (insuficiencia cardíaca izquierda).

**Comentario final:** La espirometría es una prueba complementaria a la que se puede acceder fácilmente desde Atención Primaria. Una adecuada interpretación tanto de los datos numéricos como de los gráficos, permite hacer diagnóstico y seguimiento de la patología respiratoria.

## Bibliografía

1. García-Río F, Calle M, Burgos F, et al. Spirometry. Arch Bronconeumol. 2013;49:388-401.
2. López-Viña R, Agüero-Balbín JL, Aller-Álvarez T, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Difficult-to-Control Asthma. Arch Bronconeumol. 2005;41:513-23.
3. Jordá C, Peñalver J, Escrivá J, et al. Balloon Dilatation of the Trachea as Treatment for Idiopathic Laryngotracheal Stenosis. Arch Bronconeumol. 2007;43:692-4.

**Palabras clave:** *Espirometría. Estenosis traqueal. Asma mal controlada.*