



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1640 - MANEJO CRÓNICO DEL PACIENTE CON EPOC MIXTO Y BRONQUIECTASIAS

M. Azuaga<sup>a</sup>, R. Aguado Rivas<sup>b</sup> y R. Ruíz Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Castell de Ferro. Granada. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Almuñécar. Granada. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Galchos-Lújar-Los Carlos. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente que presenta desde hace dos años cuadro de bronquitis de repetición con tos y expectoración, disnea a esfuerzos moderados, sibilancias ocasionales. Congestión nasal y prurito ocular. HTA, Hiperuricemia, exfumador desde hace 6 meses, previamente 37 paquetes/año. En tratamiento con seretide 50/500 1/12 h, valsartan, ventolin a demanda, budesonida inh nasal. Spiriva.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca un murmullo vesicular disminuido y crepitantes basales izquierdos. Rx tórax: signos de EPOC y bronquiectasias en bases pulmonares. TACAR tórax: bronquiectasias cilíndricas en LII, y segmento medial de lóbulo medio con pérdida de volumen, cambios fibróticos residuales en LII, sutil patrón intersticial con vidrio esmerilado. Espirometría FEV1 70%, FVC 83%, IT 65, test BD negativo, rast olivo positivo, serología Aspergillus IGM IGG 1/200, alfa1-antitripsina negativo. Se inició tratamiento con ciprofloxacino 500 1/12 H y promixin inhalado 1 millón de unidades cada 12 horas tras cultivo de esputo positivo a Pseudomonas aeruginosa. Tras cultivo posterior Aspergillus se inicia caspofungina.

**Juicio clínico:** EPOC mixto, bronquiectasias.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad pulmonar restrictiva, patología intersticial, alveolar, fibrosis quística,

**Comentario final:** Es labor del médico de atención primaria el diagnóstico de EPOC, que es espirométrico, no solo clínico. Ajustar el tratamiento según el tipo de EPOC, nuestro paciente sería tipo B o mixto según la GESEPOC, y a la gravedad, moderada en nuestro caso, así como valorar la disnea según la escala de MMRC. Habría que tratar las reagudizaciones, las sobreinfecciones de las bronquiectasias y valorar tratamiento preventivo de reagudizaciones con antibioterapia (eritromicina 250/12h 12 meses (Am J Respir Crit Care Med, 2008), azitromicina 250/24h 12 meses NEJM, 2011) o roflumilast 500/24h. Vacunación antigripal y antineumocócica aunque esta no previene las exacerbaciones.

### Bibliografía

1. Koser U, Hill A. What's new in the management of adult bronchiectasis? F1000 Res.

2017;6:527.

2. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017;389(10082):1931-40.
3. Deepak D, Prasad A, Atwal SS, Agarwal K. Recognition of Small Airways Obstruction in Asthma and COPD - The Road Less Travelled. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(3):TE01-TE05.

**Palabras clave:** Bronquiectasia. EPOC.