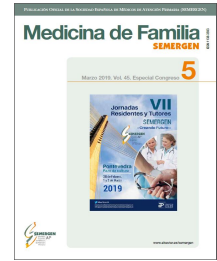




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 413/12 - ¿ES DE BAJO RIESGO?

A. González Gamarra<sup>1</sup>, A. Salvador Calvo<sup>1</sup>, J. Campos Rodríguez<sup>1</sup>, A. Álvarez Hermida<sup>2</sup>, B. López Álvarez<sup>1</sup>, B. Vicuña Castrejón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>2</sup>Enfermera. 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%. Cooximetría 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, 20<sup>th</sup> 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.