ASMA BRONQUIAL INTRÍNSECA

PÓSTER-DISCUSIÓN. Grupo 10a. Tutor clínico: Pedro J. Romero Palacios

Eliona Lamaj, Chiara Montanaro, Lorena Soler Moreno, Andrea Tejada Lozano, Javier Tellez Hidalgo, Ana Torres Lema, Mercedes Torres Savedra, Alberto Faustino Torres Vergara, Chiara Tusa, José Valenzuela Lara y María Luz Valenzuela Rodríguez.

Presentación del caso: mujer de 53 años de edad que consulta en Neumología por disnea. A partir de este dato hemos elaborado todo el caso basándonos en una amplia bibliografía, datos de organizaciones nacionales y siendo revisado y con ayuda del tutor clínico.

1. Anamnesis y recogida de datos.

Paciente de 53 años, mujer, que consulta por disnea de curso crónico, dolor torácico en la inspiración, despertares por tos y disnea de base nocturna y al caminar (mMRC II) desde hace al menos un año, tras un episodio catarral que dos meses después es seguido de signos y síntomas propios del comienzo del climaterio.

En el momento de la consulta estaba en tratamiento con Ventolin (Salbutamol), que usa a demanda y con Symbicort (Budesonida/Formoterol) 160/4.5 mcg 0/0/1 que utiliza cuando las crisis no son controladas con Ventolin.

En este momento se recogen los siguientes datos de interés:

- Hipertensa desde los 31 años. Desde su primer embarazo (sobre todo desde el segundo) comenzó a tener alteraciones en la tensión. Presenta HTA en tratamiento con Losartán e Hidroclorotiazida y Amlodipino. Además desde el mes de abril toma Ozempic (inyectable, una vez a la semana), y comenta que desde entonces tiene la tensión bastante bien regulada.
- Alérgica al polen, gramíneas, olivo y pelo de gato. Tratamiento con inmunoterapia s.c. frente a pólenes durante 5 años, hasta hace 30 años.
- Fumadora ocasional (ICAT 8,8 paquetes/año).
- Tres cirugías anteriores: una apendicectomía, una malla de contención vesical en 2015 e intervención de mioma uterino en 2017.
- Antecedentes familiares: Madre HTA, Padre CI.

2. Exploración.

- Consciente y orientada.
- Bien hidratada.
- Buen aspecto general.
- Eupnéica.
- Cabeza y cuello: carótidas palpables. No ingurgitación yugular ni adenopatías.

- Neurológico: no focalidad. Pares craneales normales. Signos meníngeos negativos.
- AC: rítmica, sin soplos o roces audibles.
- AR: sibilantes telespiratorios aislados, espiración alargada y disminución del murmullo vesicular.
- ABD: blando, depresible, sin masas ni megalias palpables.
- EXTS: no edemas. Pulsos simétricos. No signos TVP.

La exploración (sibilancias respiratorias, espiración prolongada y reducción de murmullos vesiculares) nos hace sospechar de enfermedad obstructiva. La espiración alargada y las sibilancias de predominio espiratorio son típicas del asma.

➤ **Correlación anamnesis-exploración.**

Los síntomas de la paciente (respiración sibilante, tos, disnea, sensación de opresión en el pecho), sus episodios y frecuencia (se levanta muchas veces por la noche) y la asociación con factores desencadenantes (alérgenos, actividad física) son sugestivos de asma alérgica (empeora con las gramíneas,olivo).

3. Pruebas complementarias.

- Espirometría

Los datos de la espirometría: EFR: FVC 2490 (67%); FEV1: 1370 (49%); FEV1/FVC: 55.04%; FEF25-75: 650 (26%). Sat: 91% (anormalmente bajo); FC:74 lpm.

Estos datos efectivamente confirman la existencia de una obstrucción, con un grado de afectación moderado de la función pulmonar.

- Valores analíticos

Inmunoglobulina E: 929,9 KUI/L.

La IgE total alta indica que en el momento en el que se realizó la analítica. Estos niveles nos hacen sospechar de un asma alérgico ya que los síntomas de la paciente también se manifiestan ante la exposición a alérgenos.

- Radiografía

Sin alteraciones.

Los datos espirométricos nos vuelven a confirmar nuestras sospechas iniciales de asma alérgica.

4. Diagnóstico Diferencial.

Hemos excluido otras patologías:

- ICC, porque no hay edemas ni hallazgos en el examen físico (no hepatomegalia, no ingurgitación yugular) ni tampoco en el ECG
- EPOC, porque con los broncodilatadores la obstrucción bronquial desaparece. Además, la condición de la paciente es episódica, no fija. Es joven y fuma poco (ICAT: 8,8 paquetes/año).
- Carcinoma de pulmón, porque la RX es normal y también porque no hay síntomas (no expectoración; hay tos y disnea pero son episódicas).

5. Diagnóstico.

Dado que la primera sospecha diagnóstica es el asma, hemos consultado la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) en la versión 5.0. Según ésta, nuestra paciente tenía asma moderado intrínseca (síntomas nocturnos frecuentes y el FEV1 es < 60% teórico) mal controlada con los fármacos de rescate (Ventolin y Symbicort a demanda) que tomaba la paciente.

Aunque en un principio tenía una base alérgica (la situación empeoraba en periodos estivales debido a sus mencionadas alergias), tras pasar por un periodo gripal considerable e influyendo la aparición del climaterio, los síntomas (tos y disnea) se volvieron comunes fuera del periodo estival. Esto quiere decir que aún teniendo en un primer momento un asma alérgico, se ha convertido en un asma intrínseco tras los factores desencadenantes descritos.

6. Terapia.

Hemos optado por la terapia del escalón 3 según la guía GEMA:

- Terapia de control o de mantenimiento: glucocorticoides inhalados (CGI) a dosis bajas + agonistas B2 adrenérgicos de acción prolongada (LABA).
- Terapia de alivio o de rescate: agonistas B2 adrenérgicos de acción corta (SABA) o CGI a dosis baja + formoterol (LABA).

Por lo que basándonos en esto el tratamiento prescrito es:

- Nasonex 50 cmg + Foster 100/6 mcg 2-2-2 una semana y 2-0-2 posteriormente, con FOSTER de rescate si precisa.
- Dacortin 30x5, 20x5 y 10x5 + Omeprazol.
- Aconsejado la deshabituación del hábito tabáquico.

7. Progreso.

Tras esta terapia y una segunda medición, los valores espirométricos y la función pulmonar se han normalizado (FVC: 92; FEV1: 84; FEV1/FVC: 72; FEF25-75: 98%) y la paciente está

clínicamente estable, no tiene síntomas nocturnos ni tos ni disnea. Eso nos permite confirmar el diagnóstico de asma intrínseca y descartar EPOC.

8. Conclusiones.

Este proceso tiene como objetivo partir desde un único punto inicial, la disnea, para llegar a dar un diagnóstico de asma bronquial intrínseca; y aprender y comprender que nuestra paciente requería de un tratamiento de base para la patología (del que carecía) junto con un tratamiento de rescate. Por lo que gracias a este proyecto hemos adquirido competencias suficientes para poder llegar a este diagnóstico, pero además hemos aprendido a comunicarnos por primera vez con una paciente, hacer un anamnesis orientado en la disnea y saber interpretar las diferentes pruebas diagnósticas.

9. Bibliografía.

1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. GEMA: Guía Española para el Manejo del Asma. 5ª edición. Madrid: Luzán5. 2020.
2. Felson B, Weinstein AS, Spitz HB. Principios de radiología torácica. Un texto programado. 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill. 2013 .
3. CC. Graham D, Nicol F, Robertson C. Exploración clínica. 13ª edición. Barcelona: Churchill Livingstone. 2014.
4. Laso, FJ. Introducción a la medicina clínica. Fisiopatología y semiología. 3ª edición. Madrid: Elsevier Masson. 2015.
5. Dimitrova Karaboycheva G. Manual de español médico para estudiantes de medicina. 1º Edición. Valencia. 2013.