

CASO PRÁCTICO 1

Varón de 72 años, exfumador desde hace 5 años de un paquete al día (consumo acumulado: 40 paquetes-año). Como antecedentes personales padece hipertensión arterial y dislipemia. Desde el punto de vista respiratorio fue diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hace 5 años, mediante una espirometría que mostró un patrón obstructivo con un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) del 69%, pautándose tratamiento inhalado con un anticolinérgico de larga duración.

Acude a consulta por empeoramiento de la disnea, que en la actualidad es de grado 3 según la escala modificada del *Medical Research Council*, mMRC, presentando también abundante expectoración purulenta. Refiere que en el último año ha presentado 4 reagudizaciones de carácter infeccioso, que han precisado tratamiento con antibioticoterapia. A la auscultación presenta abundantes roncus bilaterales.

1. Ante este cuadro clínico, ¿qué patologías podrían justificar el empeoramiento del paciente?
2. Se solicitan las siguientes pruebas complementarias: a) analítica sanguínea, evidenciándose un nivel de eosinófilos de 150/mm³; b) espirometría, en la que se observa un empeoramiento de la obstrucción al flujo aéreo con un valor de FEV₁ del 49%, c) radiografía de tórax, que muestra un engrosamiento de las paredes bronquiales y signos de pérdida de volumen en ambas bases pulmonares. Ante estos hallazgos, caracterice el diagnóstico del paciente según la guía GesEPOC 2021 e indique el tratamiento que pautaría en base a ello.
3. Ante el cuadro clínico del paciente y los hallazgos de las pruebas complementarias se solicita una tomografía computarizada de tórax, en la que se describen bronquiectasias en ambas bases pulmonares, y cultivos de esputo en los que se aísla *Pseudomonas aeruginosa*. Según estos resultados, ¿qué tratamiento adicional plantearía?

CASO PRÁCTICO 2

Varón de 68 años, exfumador (consumo acumulado: 42 paquetes-año), con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica, reflujo gastroesfágico e hígado grado. No presenta antecedentes familiares de interés. Ha trabajado en una oficina, encontrándose actualmente jubilado.

Acude a nuestra consulta por un cuadro de disnea de esfuerzo progresiva en el último año, que no mejora con tratamiento broncodilatador, acompañado de tos no productiva. No presenta síntomas sugestivos de enfermedades reumatológicas. En la exploración física destaca la existencia de crepitantes inspiratorios secos bibasales en la auscultación pulmonar, siendo la saturación de oxígeno basal del 97% y no detectándose otros hallazgos reseñables.

En la analítica sanguínea se aprecia anemia leve, sin otros hallazgos relevantes. Las pruebas de autoinmunidad son negativas. En la radiografía de tórax se observa un patrón intersticial bilateral de predominio bibasal, que borra la silueta diafragmática y se asocia con una disminución del volumen pulmonar.

1. Realice un diagnóstico diferencial y relaciónelo con los factores de riesgo que concurren en este paciente.
2. Se realizan pruebas funcionales respiratorias al paciente, encontrándose los siguientes resultados: volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) 2.800 ml (70,2%), capacidad vital forzada (FVC) 3.500 ml (72,4%), relación FEV₁/FVC 80%; capacidad pulmonar total (TLC) 5.100 ml (71%), capacidad de difusión para el monóxido de carbono (DLCO) 6,44 mmol/min/KPa (61,2%), KCO 1,49 mmol/min/KPa/ (98,6%). Se completa el estudio con una TAC de tórax en la que se aprecia un engrosamiento septal de predominio basal y subpleural, bronquiectasias de tracción y panal de abejas, sin hallazgos de vidrio deslustrado, nódulos ni aire atrapado. Indique cuál sería el diagnóstico del paciente y si sería necesario realizar algún estudio adicional para llegar a él.
3. ¿Cuál sería el tratamiento indicado en base a la sospecha clínica y qué resultado cabría esperar?

CASO PRÁCTICO 3

Paciente de 40 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar un cuadro de varias semanas de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, que se ha ido incrementando de forma progresiva. En la última semana refiere tener que dormir sentado.

Entre sus antecedentes destaca ser fumador de varios cigarrillos/día, estando diagnosticado de hipertensión arterial. Es camionero de profesión y refiere haber tenido un accidente por somnolencia.

A la exploración física presenta: obesidad marcada. (IMC 40 kg/m²) TA 140/90 mmHg, FC 110 lpm, Frecuencia respiratoria 18 rpm, T^a 36.5°C, SaO₂ 92%. AP: murmullo vesicular conservado. Resto, dentro de la normalidad. Analíticamente presenta: Hematíes 6 millones, hemoglobina 18 gr/dl, hematocrito 60%, glucosa 119. Gasometría arterial basal: PO₂ 61, PCO₂ 45, pH 7,34, CO₃H 30, A-aO₂ 15. Radiografía de tórax dentro de la normalidad. Al paciente se le recomienda ingreso hospitalario, que no es aceptado por motivos personales, siendo remitido a la consulta de Neumología.

1. Realice una aproximación diagnóstica e interprete las pruebas realizadas.
2. El paciente acude a la consulta de neumología. Refiere ser roncadador, con apneas observadas. Presenta un test de Epworth de 17. Múltiples despertares nocturnos. Se le realiza las siguientes pruebas:
 - a) Espirometría: FVC 3.030 (LIN 3.290, z score -2.18), FEV1 2600 (LIN 2.720, z-score -1.93), FEV1/FVC 85.7%.
 - b) Polisomnografía nocturna: Tiempo total de sueño 347 minutos. Eficacia 88.7%. permaneció un 14.7% en fase N1, 75,4% en fase 2, un 1% en fase 3 y un 9.1% en fase REM. El índice de apnea hipopnea de 111, con 557 apneas todas obstructivas y 90 hipopneas. La saturación media del 88%, mínima 60%, índice de desaturación 107 y un 50% con una saturación inferior al 90%Interprete las pruebas funcionales proporcionadas y realice un diagnóstico definitivo.
3. ¿Cuál sería el tratamiento a realizar? Plantee diversas alternativas.