



Caso Clínico 1

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 9 años de edad con antecedentes de procesos respiratorios de repetición acompañados de broncoespasmo desde los 18 meses. Tratado con mucolíticos, antitusígenos y antibióticos así como uso frecuente de broncodilatadores de acción corta.

Refieren tos persistente en los últimos meses, de predominio nocturno e incrementada con el ejercicio. Obstrucción nasal.

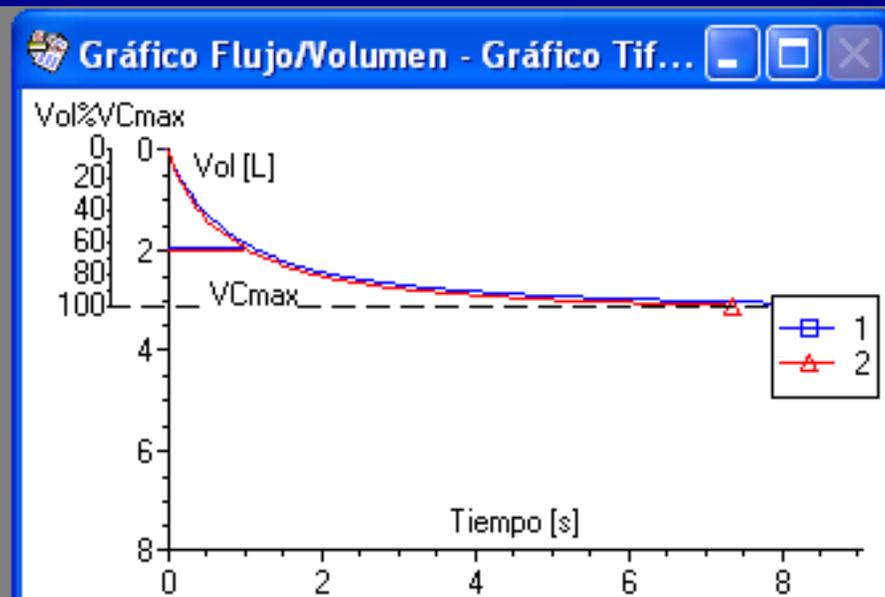
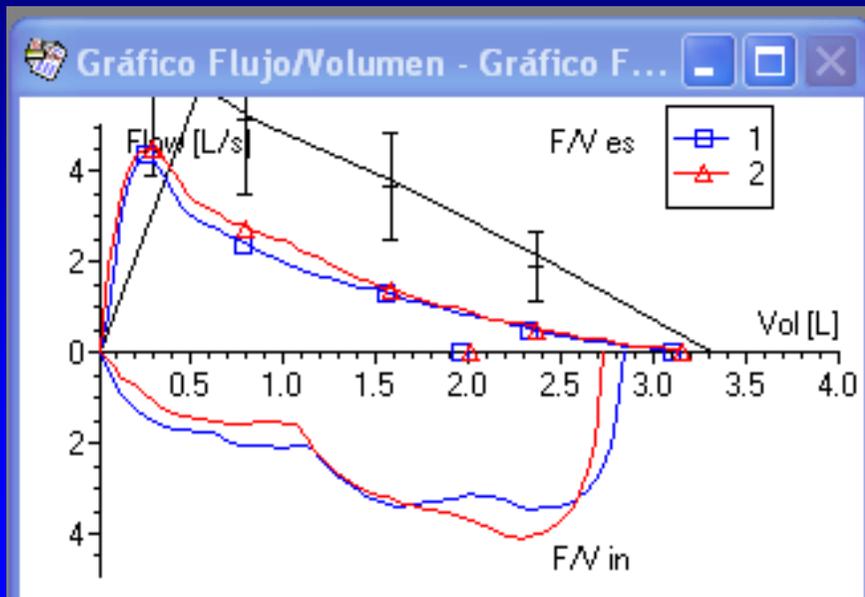
CASO CLÍNICO: ANTECEDENTES

- Antecedentes familiares: bronquitis con espasmo bronquial asociado en 2 primos hermanos durante la infancia. No antecedentes de asma ni alergia en familiares de primer grado.
- Exploración clínica: AP con roncus y sibilancias aislados. Resto normal.

¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente? ¿Cuál sería la prueba diagnóstica más importante?

1

- Rx tórax.
- Investigar niveles de inmunoglobulinas.
- pHmetría.
- Estudio de función pulmonar.
- Todas las anteriores.



- ✓ **Espirometría basal** Patrón obstructivo moderado
- ✓ **Prueba broncodilatadora** negativa con persistencia de la obstrucción moderada

SEGUIMIENTO EN CONSULTA

Tras la revisión de los antecedentes y haber diagnosticado de asma moderada persistente consideramos:

1. *Que este paciente estaba infradiagnosticado*

Historia clínica poco dirigida y escasamente detallada

No se definen características de rinitis

No se especifica respuesta a broncodilatadores

2. *Que este paciente estaba infratratado*

Tratado con mucolíticos, antitusígenos y antibióticos

así como uso frecuente de broncodilatadores de acción corta

¿Qué tratamiento indicarías?

2

- Inhibidor de leucotrienos.
- Broncodilatadores de acción corta.
- Corticoides inhalados + BD acción corta.
- Terapia combinada.
- Corticoides orales.
- Corticoides inhalados + Inhibidor de leucotrienos.

SEGUIMIENTO EN CONSULTA

Iniciamos tratamiento inhalado con corticoides a dosis moderadas con mejoría de la sintomatología aunque continuaba con tos nocturna y con el ejercicio, ambas de menor intensidad y frecuencia. Broncodilatadores de acción corta a demanda.

Se decidió añadir inhibidores de leucotrienos con buena respuesta y práctica desaparición de la tos con mejoría de la obstrucción nasal.

¿Qué sistema de inhalación utilizarías?

3

- Aerosol dosificador presurizado con cámara.
- Aerosol dosificador presurizado sin cámara.
- Sistemas de nebulización ("aerosoles").
- Mecanismo de polvo seco (Turbuhaler o Accuhaler).



SEGUIMIENTO EN CONSULTA

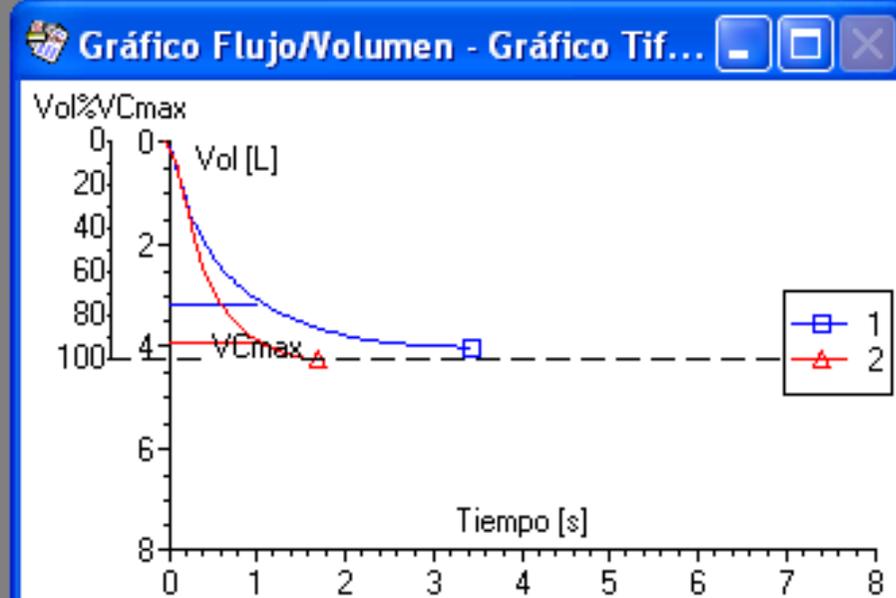
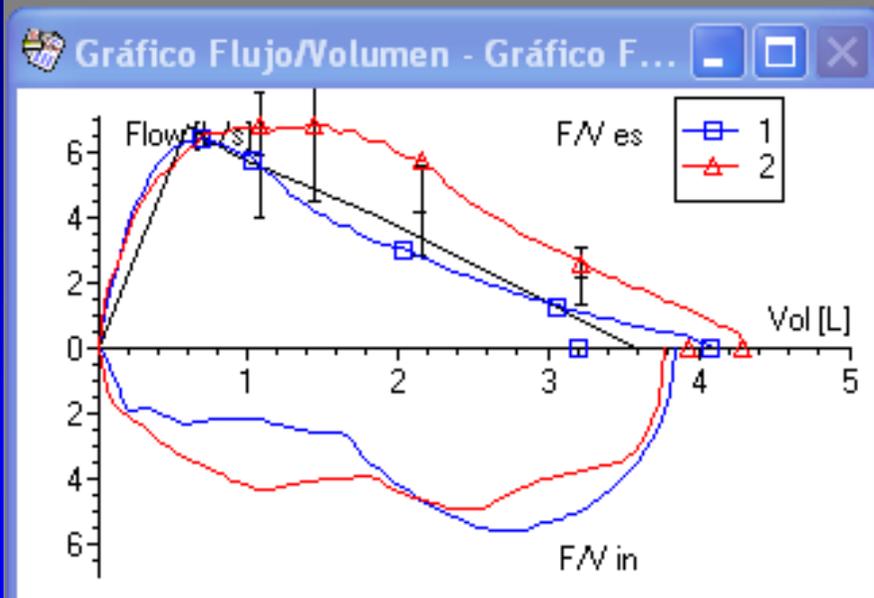
Utilizamos mecanismos de polvo seco de inhalación, evaluando la técnica adecuada regladamente en las revisiones.

El control clínico lo llevamos a cabo cada 1-2 meses al principio; posteriormente, cuando estable, cada 3-6 meses según gravedad.

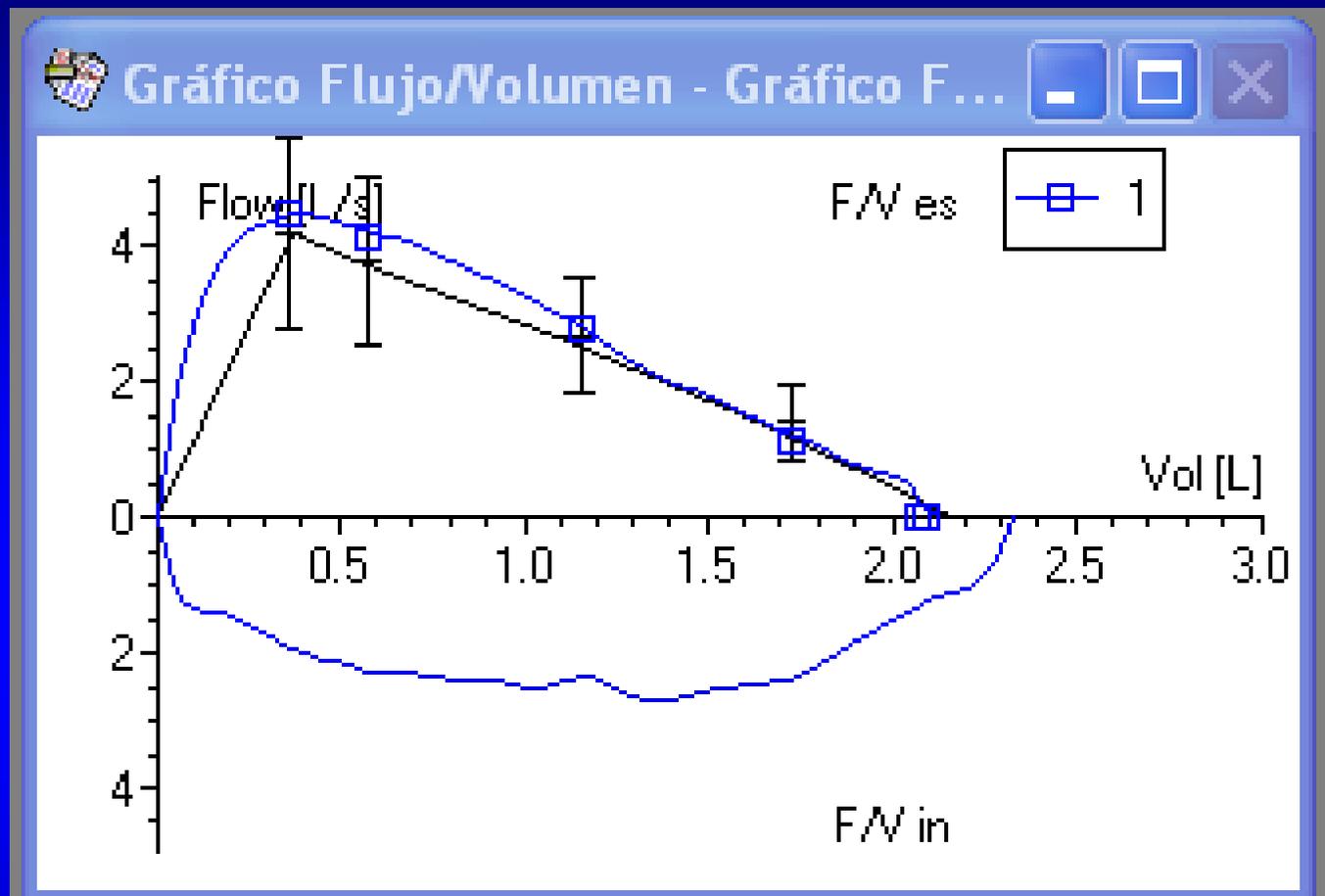
Control función pulmonar tras el tratamiento.

Descenso de la dosis de corticoides inhalados a la mitad para disminuir efectos secundarios.

Mantenimiento inhibidor de leucotrienos por mejoría del asma y rinitis.



- ✓ Espirometría basal Patrón obstructivo leve
- ✓ Prueba broncodilatadora positiva con valores supranormales



Espirometría basal normal tras corticoides inhalados e inhibidores de leucotrienos con el fin de disminuir dosis de corticoides inhalados y tratar la rinitis

Diagnóstico

Asma y rinitis moderada persistente

con mal control

Infradiagnosticada

Intratada