Semergen. 2015;41 (Espec Congr):453

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1185 - PACIENTE DE TODOS, PACIENTE DE NADIE

L.E. Fernández Isla[a], L. Pérez Rivas[b], M.Á. Garre González[b], E.M. Porcel Martín[c], I. Jiménez Rodríguez[b] y E. Robles Casado[b]

[a]Médico de Familia. Hospital de Can Misses. Ibiza. [b]Médico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. [c]Médico de Familia. Hospital la Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años con antecedentes personales de enfermedad de Crohn en seguimiento por Digestivo y con tratamiento con hierro y mesalazina 2 g, fístula perianal en seguimiento en hospital de referencia por Cirugía; consulta en Urgencias por presentar dolor costal izquierdo de un día de evolución, punzante y de características pleuríticas junto con disnea de mínimos esfuerzos que empeora en decúbito, sin clínica inefectiva ni fiebre. Además síndrome constitucional de 10 kg en dos semanas. Consulta hace una semana por edema y dolor en MID, diagnosticado de flebitis tras realización de eco-doppler e inician tratamiento con HBPM.

Exploración y pruebas complementarias: REG, taquipneico a 25 rpm, 105 lpm, 97% SaO2, 37,7 ºC, 143/65 mmHg. ACR: tonos taquicárdicos, rítmicos. MVC. Abdomen: anodino. MMII: mayor diámetro de MID con fóvea +/+++ y ligero eritema. Pulsos distales presentes. A destacar en exámenes complementarios: leucocitos 10.930 con 79,6% PMN, hbg 6,9, hto 24,9, VCM 60,4, plaquetas 464.000. DD 6.789 ng/ml. Ionograma y función renal normal. PCR 12,45 mg/dl. CK 23, TT 0,06 ng/ml. ECG: RS a 70 lpm, supradesnivelación de ST de V4-6, I, II, III, aVF y aVL. Rx de tórax: ICT normal. 2 nódulos subcentimétricos en hemitórax derecho. TAC tórax: microémbolos bilaterales y difusos que afectan a arterias pulmonares segmentarias. Pequeño derrame pleural izquierdo. Nódulos pulmonares 11 mm LSD. Nódulos pulmonares calcificados bilaterales. Hígado aumentado de tamaño con lesiones hipodensas distribuidas de forma difusa en relación con metástasis hepáticas. Engrosamiento asimétrico de pared de colon derecho en 9 cm, con captación de contraste y adenopatías en melocotón y mesenterio, en relación con neo de colon. Se procedió a transfusión de 2 concentrados de hematíes y tratamiento con AINEs y HBPM, ingreso hospitalario para realización de colonoscopia y completar estudio para actitud terapéutica.

Juicio clínico: Ca de colon metastásico. Anemia microcítica grave. Microembolia pulmonar. Probable pericarditis.

Diagnóstico diferencial: En principio por la clínica que consultó podríamos hacerlo entre TEP y pericarditis por las características del dolor y el antecedente de la flebitis reciente. Otra posibilidad sería un neumotórax, ya que el paciente presentaba genotipo típico y por las características del dolor o bien una neumonía atípica.

Comentario final: Nuestro paciente al final tuvo un desenlace fatal, ya que su enfermedad había

avanzado sin posibilidades terapéuticas curativas en su estadio. Este paciente estaba en seguimiento por Digestivo, cirugía y por su médico de familia y el diagnóstico fue realizado por una de las posible complicaciones de su enfermedad. De aquí radica la importancia de la labor del médico de familia, de ensamblar toda la información y atar cabos para iniciar antes la sospecha, aunque como sabemos no siempre es tan fácil por las peculiaridades de la población a la que atendemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias.: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.