Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):659

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3397 - IMPORTANCIA DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LECTURA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

B. Carrera Moyano[a], J. Moreno Macías[b], M. Gallardo Pastor[c], M. Carricondo Avivar[a], C. Cobos Bosquet[d] y P. Fernández Gómez[e]

[a]Médico de Familia. EPES. Sevilla. [b]Médico de Familia. UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. [c]Médico de Familia. DCCU San José Rinconada. Sevilla. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. [e]Médico de Familia. AGS Osuna. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 19 años que acude a urgencias ambulatorias por disnea, tos y fiebre de 3 días. Presenta moderado trabajo respiratorio, sibilancias en hemitórax derecho y no mejora con broncodilatadores y corticoides, derivándose al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: En hospital presenta palidez, taquipnea, ortopnea importante y acusadas sibilancias en hemitórax derecho. En radiografía de tórax se ve aumento de condensación en base derecha (foco neumónico). Se trata con broncodilatadores, corticoides y antibioterapia, con empeoramiento. Analíticas normales (dímero D 250). Gasometría arterial con marcada hipoxemia (PpO2 64) sin hipercapnea (PpCO2 32). En nueva radiografía objetivamos neumomediastino y enfisema subcutáneo. En TAC torácico vemos neumomediastino, neumotórax laminar en cisura menor y enfisema subcutáneo difuso, con una masa a nivel de tráquea distal/bronquio principal derecho con obliteración prácticamente completa del mismo.

Juicio clínico: Masa paratraqueobronquial intervenida, pendiente de anatomía patológica.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial puede abarcar desde, inicialmente, una crisis de broncoespasmo y neumonía hasta, finalmente plantearnos masas de mediastino anterior (timomas, tumores de células germinales, linfomas y tejido intratorácico), crecimiento de adenopatías de origen a filiar, carcinoma broncogénico u otro tipo de patología tumoral.

Comentario final: En la disnea puede subyacer desde una patología banal hasta una grave. La exploración y respuesta al tratamiento nos obliga a realizar pruebas complementarias, limitadas a nivel extrahospitalario; por ello se demoran, retrasándose el diagnóstico y tratamiento. La sistematización de lectura de la radiografía es de gran importancia ya que nos permite obtener información que se perdería en muchos casos en los que nos centramos en la evolución de un signo radiológico (infiltrado pulmonar), lo que nos hubiera llevado en este paciente al desastre. Finalmente, no debemos subestimar la prevalencia de patología neoplásica en pacientes jóvenes, sin factores de riesgo.

Bibliografía

1. Braunwald E. Disnea. En: Braunwald E, editor. Tratado de Cardiología, 7ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2006. p. 63-6.
2. Januzzi JL, Camrgo CA, Anwaruddin S, Baggish AL, Chen AA, Krauser DG, et al. The N-terminal Pro-BNP Investigation of Dyspnea in the Emergency Department (PRIDE) Study. Am J Cardiol. 2005;95:948-54.
3. American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159:321-40.

Palabras clave: Disnea. Enfisema mediastínico. Enfisema subcutáneo.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.