



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/130 - DISNEA PROGRESIVA: USANDO EL FONENDOSCOPIO

M. Maamar El Asri¹, A. Gutiérrez Pérez de Lis², B. Gutiérrez Muñoz³, J. Bustamante Odriozola³, D. Martínez Revuelta², I. Hernando García³, C. Varela César⁴, J. Cepeda Blanco², J. González Fernández⁵, A. Artíme Fernández¹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años con AP de HTA tratada con olmesartán acude a consulta de su MAP por disnea progresiva de 1 mes de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos, asociando ortopnea. No dolor torácico, ni palpitaciones, no clínica digestiva. Asocia anorexia, pérdida de peso y astenia intensa. Tras la EF se realiza pulsioximetría y ECG, y en vista de los resultados se inicia oxigenoterapia a alto flujo y se contacta con 061 para su traslado al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, taquipneica en reposo a 35 rpm y con trabajo respiratorio. AP: hipofonesis basal derecha hasta tercio medio, resto MVC. SatO2 77%. ECG: RS a 80 lpm.BRD, sin otras alteraciones. Rx tórax: derrame pleural derecho. Hemograma, fórmula leucocitaria e iones sin alteraciones.PCR 0,1. NT-proBNP 102. Dímero-D 1.456. Gasometría arterial: pH 7,35, pO2 52,9, pCO2 60, HCO3 32,2. LDH 207. Proteínas totales 7,9. Líquido pleural (LP): LDH 210. Proteínas 5,1. Cociente LDH-LP/LDH suero 1,01. Cociente proteína PL/proteínas suero 0,64 (exudado). Citología: hiperplasia mesotelial con atipias. Biopsia pleural: mesotelioma maligno.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria global en contexto de derrame pleural (DP) unilateral maligno.

Diagnóstico diferencial: TEP. Insuficiencia cardíaca descompensada. Empiema. Quilotórax.

Comentario final: El diagnóstico de sospecha del DP se realiza mediante la anamnesis detallada (incluyendo AP, exposiciones y fármacos), así como exploración física, con especial importancia de la auscultación pulmonar. Todo derrame debe ser derivado a centro hospitalario para estudio y toracocentesis diagnóstica y si es necesario, evacuadora. Los criterios de Light del líquido nos orientará hacia un trasudado (ej: insuficiencia cardíaca) o exudado (paraneumónico, tumoral, tuberculoso...), fundamental para el estudio del mismo. La anatomía patológica nos dará así mismo el diagnóstico definitivo. La sospecha clínica puede realizarla el MAP,fundamental para el correcto diagnóstico y estudio de los pacientes.

Bibliografía

Villena Garrido V, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Arch Bronconeumol. 2014;50(6):235-49.