



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/94 - El ojo del clínico

E. Marín Arranz^a, P. Cuadrado Guerrero^b, A. González Albert^c, A. Zaragoza Ripoll^d, J.A. Caballero Cánovas^e y M.J. Conesa Nicolás^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^bMédico Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Patricio Pérez. Torrevieja. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años que acude a la consulta de atención primaria por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Refiere que la última semana ha estado con tos con expectoración, para lo que ha estado tomando paracetamol y antibiótico (azitromicina) que, según refiere, se le había recetado en anteriores ocasiones. Sin vómitos, ni otra sintomatología. Fiebre de 39,5 °C.

Exploración y pruebas complementarias: AC: rítmico sin soplos. AP: MVC en ambos campos pulmonares, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y menor en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo. Peristaltismo conservado. Sin masas ni megalías. MMII: sin edemas, pulsos pedios conservados. Debido a la elevada fiebre de la paciente y al mal estado general que presenta, el cual nos impresiona de gravedad se decide derivar a urgencias, para realización de pruebas complementarias de manera urgente, donde se realiza: analítica: GV: normal. Bq: glucosa 215, creatinina, Na y K normal. Hg: leucocitos 13.700 (87% n, 9l). Rx tórax: infiltrado a nivel del lóbulo medio derecho.

Juicio clínico: Neumonía lóbulo medio derecho.

Diagnóstico diferencial: En un principio el paciente consulta por un dolor abdominal y sólo en la entrevista clínica, menciona una clínica de tos a la cual ella no le da mayor importancia. La clínica nos orienta más hacia una gastritis secundaria al tratamiento antibiótico, colecistitis u otro problema puramente abdominal, en la exploración no encontramos defensa abdominal, ni una clínica que nos justifique esa fiebre tan elevada por lo que se deriva para buscar el foco febril.

Comentario final: En este caso vemos que la clínica del paciente no correspondía a la sintomatología típica que se espera de una neumonía. Este caso es un ejemplo de cómo en ocasiones la valoración del estado general del paciente debe ser prioritaria para la sospecha diagnóstica y en su caso complementarla con las necesarias pruebas complementarias. Vemos con esto, que a veces, es más importante fijarnos en el estado general del paciente que en ocasiones es lo que nos lleva a derivar o pedir pruebas complementarias que al final dan el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cartwright SL, Knudson MP. Dolor abdominal agudo en los adultos, 2008.