



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/93 - UNA NEUMONÍA REALMENTE COMPLICADA: LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

*M. Martínez Ibáñez<sup>a</sup>, A. Cordero Moreno<sup>b</sup>, A. Gutiérrez García<sup>c</sup>, J. Cañizares Romero<sup>d</sup>, I. Corrales Álvarez<sup>d</sup> y M. Rojas Martínez<sup>a</sup>*

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 78 años. Fumador de 120 paquetes/año. Bebedor severo. Con EPOC, enfermedad de Dupuytren y artropatía psoriásica. Tratamiento: eterocoxib, formodual, terbasmin. Acude a nuestra consulta de atención primaria por persistencia de clínica de disnea aportando informe de ingreso de hospital comarcal con juicio clínico de insuficiencia respiratoria crónica global agudizada con neumonía bilateral y acidosis respiratoria en tratamiento con BIPAP, levofloxacino y corticoterapia. Se propuso traslado para ingreso en hospital de referencia desde hospital comarcal con diagnóstico de neumonía bilateral, solicitando alta voluntaria por parte del paciente y acudiendo a mi consulta de atención primaria. Tras rehistóriar al paciente y realizar una anamnesis exhaustiva el paciente comenta cuadro de dolor centrotorácico intenso opresivo con cortejo vegetativo asociado y sensación de muerte inminente de dos días de evolución, tras el cual comienza con cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado y colaborador. Saturación de oxígeno 95% con gafas nasales. Ligera taquipnea. Tensión arterial 130/70. Auscultación cardio-respiratoria: taquicardia sinusal con tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación generalizada con crepitantes hasta campos medios y sibilantes dispersos. Abdomen anodino. Edemas con fóvea en miembros inferiores hasta rodillas. Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico 55%. Derrame pleural derecho con líquido en cisuras. Infiltrado alveolo-intersticial bilateral compatible con fracaso cardiaco. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 105 latidos por minuto, eje normal con amputación de R en precordiales derechas. Ondas Q V4-V6 y en cara inferior con ondas T aplanadas en cara infero-lateral. Analítica: hemoglobina 12.2, leucocitos 13.100, tiempo de protrombina 60%, INR 1,3, creatinina 2,16-1,82, CK 594, CK-MB 6,8-4,9, troponina I 5,6-2,56, LDH 399, PCR 23, PCT 0,85, NT-proBNP 14.529.

**Juicio clínico:** Infarto agudo de miocárdico infero-lateral evolucionado complicado con insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal aguda secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto agudo de miocardio evolucionado. Neumonía bilateral.

**Comentario final:** Ante los datos aportados por el paciente en la anamnesis, y análisis detallado del caso con correlación clínico-patológico decidí derivación por dispositivo de cuidados críticos y urgencias a hospital de referencia, con sospecha de fallo cardiaco subagudo en el contexto de infarto agudo de miocardio.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Borlaug BA. Clinical manifestations and diagnosis of heart failure with preserved ejection fraction, 2016.
2. Borlaug BA, Colucci WS. Treatment and prognosis of heart failure with preserved ejection fraction, 2016.
3. Colucci WS. Prognosis of heart failure, 2014.