

387/23 - DE UN SIMPLE CATARRO A UNA URGENCIA VITAL

C. Marinero Noval¹, R. Maye Soroa², D. San José de la Fuente³, L. Rodríguez Vélez⁴, M. Alonso Santiago², P. López Alonso Abaitua⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapotón. Torrelavega. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Santander. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años procedente de Alemania que mientras estaba en España de vacaciones acudió a su médico y refería haber comenzado hacía 4 días con sintomatología catarral, tos con expectoración y congestión nasal, sin fiebre ni otra clínica de interés. Se le pautó en un primer momento tratamiento sintomático con mucolíticos y paracetamol. Cuatro días después de dicho cuadro, acudió de nuevo al centro de salud por empeoramiento consistente en vómitos, para lo que tomó metoclopramida, y disnea acompañada de expectoración acuosa y hemoptoica, de color rosáceo-salmón, motivo por el que se decidió su derivación a urgencias. Negaba fiebre, aunque sí sensación distérmica. Negaba antecedentes de interés. Trabajaba como enfermero en la UVI en Alemania. Deportista. No fumador, ni bebedor. No otros hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: disneico, afebril, con saturación O₂ 82% sin oxígeno. Sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: crepitantes gruesos en ambos campos pulmonares. Abdomen: anodino. Extremidades: no edemas, pulsos pedios débiles, frialdad distal. Se pautó tratamiento a su llegada a urgencias, antes de solicitar ninguna prueba: furosemida 20 mg iv, bromuro de ipratropio -500 ?g 2 ml nebulizado, salbutamol 5 mg/ml nebulizado-oxígeno, ventimask al 50%. Radiografía de tórax portátil: patrón intersticial parcheado bilateral hasta campos superiores. Ecocardiograma de urgencia: ventrículo izquierdo no hipertrófico ni dilatado. FEVI levemente afecta (45% de visu) por hipocinesia de segmentos basal y medio de cara anterior y lateral e hipocinesia severa de cara posterior, con hipercontractilidad del resto de segmentos. Cavidades derechas de tamaño y función normales. Ausencia de valvulopatías significativas. No derrame pericárdico. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 lpm, descenso difuso del ST. En la analítica destacaba glucosa 216 mg/dL, creatina cinasa: 385, troponina T 779, procalcitonina 1, NTproBNP 176. Hemograma: hematíes 5,62, hemoglobina 15,6 g/dL, leucocitos 11,86 mil/mm³. Coagulación: fibrinógeno derivado: 736 mg/dL, D-dímero: 1.435,00 ng/mL. Gasometría arterial: pH 7,41, pCO₂ 38 mmHg, pO₂ 66 mmHg, bicarbonato 24,0 mmol/L, CO₂ total 25,2 mmol/L, saturación O₂: 93%.

Juicio clínico: Edema agudo de pulmón a consecuencia de neumomiocarditis.

Diagnóstico diferencial: Neumonía intersticial. Insuficiencia cardiaca. Neoplasia no conocida. Taponamiento cardiaco. Miocarditis.

Comentario final: Ante la sospecha de un edema agudo de pulmón (EAP) hay que actuar de manera urgente, ya que es una emergencia vital si no se comienza a tratar de manera inmediata. Este caso se trataba de un varón joven sin patología cardiorrespiratoria previa de ningún tipo, lo que nos debe hacer actuar de manera aún más efusiva, comenzando por paliar los síntomas y poco a poco con las pruebas complementarias acercándonos a la patología de base, que le genera como consecuencia el EAP y sus complicaciones.

Bibliografía

Edema pulmonar: MedlinePlus encyclopedia médica. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000140.htm>