

329/90 - CUANDO LA DISNEA NO ES DE ORIGEN PULMONAR

M. Cobo Rossell¹; R. Maye Soroa²; C. Marinero Nova³; L. Rodríguez Vélez⁴; M. Alonso Santiago⁵; R. Correa Gutiérrez⁵.

¹Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria. ²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años. Vida activa. Sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril 20 mg. Estenosis aórtica leve (2011). Asma persistente leve en tratamiento con budesonida/formoterol. Último ingreso en 2016 por infección respiratoria con broncoespasmo secundario. Enfermedad actual: acude por aumento progresivo de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos (habitualmente moderados esfuerzos), de 24 horas de evolución, junto con ruidos respiratorios. Se acompaña de aumento de tos con escasa expectoración y temperatura de 37,4°C. Ortopnea. No dolor torácico. No oliguria, ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA: 155/89 mmHg, Saturación O₂ 95%. Temperatura 37,3°C. Consciente. Orientada. Palidez cutánea. Normoperfundida. Taquipneica a 30 rpm. Obesa. Cabeza y cuello: no aumento de presión venosa yugular. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Espiración alargada, con sibilantes espiratorios en ambos campos pulmonares. Abdomen globuloso, molestias difusas a la palpación. Sin datos de irritación peritoneal. Ruidos presentes. Mínimos edemas pretibiales con fóvea. Analítica: 16.500/?l leucocitos, con predominio de granulocitos. Hemoglobina 10,5 mg/dl. VCM 74 fL. PCR 27,5 mg/dl. Gasometría arterial: hipoxemia. Antigenuria Legionella y Neumococo negativa. BNP 140pg/ml. Radiografía de tórax: sin claras condensaciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 95 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Cultivo de esputo negativo. La paciente presenta mejoría incompleta con el tratamiento administrado en Urgencias, por lo que se decide ingreso en Medicina Interna para tratamiento broncodilatador, antibiótico y para estudio de la anemia. No deposiciones. Dos días después del ingreso, refiere aumento de disnea, con escasa respuesta a tratamiento broncodilatador, junto con mayor distensión abdominal y disminución de nivel de conciencia. A la exploración, el abdomen persiste distendido, aparenta doloroso a la palpación difusa. Sin datos de irritación peritoneal. Se decide realizar ecografía abdominal, en la que se objetiva aire libre en cavidad peritoneal y área cólica estenótica en colon derecho. Se realiza TAC abdominal, finalmente con diagnóstico de adenocarcinoma de colon derecho con perforación secundaria.

Juicio clínico: Infección respiratoria con broncoespasmo e hipoxemia secundarios. Anemia microcítica a estudio. Adenocarcinoma de colon.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, insuficiencia cardíaca (primer episodio), tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: En muchas ocasiones, el diagnóstico diferencial de la disnea se establece teniendo en cuenta solamente las causas cardíacas y las respiratorias, dejando a un lado las abdominales. Las neoplasias digestivas pueden provocar perforación de forma directa por necrosis, o por obstrucción intestinal por estenosis. Los tumores de colon izquierdo se manifiestan en forma de rectorragia y/o cambios en el ritmo intestinal. Los tumores del colon derecho suelen causar hemorragia oculta y anemia crónica secundaria. El dolor abdominal está presente en mayor o menor medida en estos casos, pero en ocasiones es difícil de valorar cuando el paciente presenta disminución del nivel de conciencia (como en este caso). El examen físico en las fases iniciales puede ser relativamente normal en algunos pacientes, y el abdomen puede estar o no distendido.

Bibliografía

-Cahalane, MJ. Overview of gastrointestinal tract perforation. En: Weiser M, Kao L, eds. UpToDate. 2018. [Citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/index.html>.

-Schwartzstein RM, Approach to the patient with dyspnea. En: King T, ed. UpToDate. 2018. [Actualizado noviembre 2017, citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/index.html>.