



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

469/16 - DISNEA, NO SIEMPRE ES CARDIOLÓGICA O RESPIRATORIA

M. Sánchez Jaén¹, L. Villota Ferreiro², C. Cuello Estrada¹, G. Ferreiro Gómez³, V. Ruiz Larrea¹, A. Meabe Santos², E. Velázquez González², P. Palacio Alvarez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Bernadez. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años con antecedentes personales de HTA, obesidad mórbida y fibrilación auricular no valvular anticoagulada. En tratamiento farmacológico activo con ramipril, bisoprolol y omeprazol. Ingresó reciente en Servicio de Cardiología por insuficiencia cardiaca congestiva. Consultó por cuadro progresivo, de unos 10 días de evolución, de empeoramiento de su disnea basal hasta hacerse de reposo. No disnea paroxística nocturna, ortopnea, oliguria ni clínica de infección respiratoria. Según la paciente hasta el año previo, realizaba vida independiente y ahora “se fatiga fácilmente”.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general; consciente, orientada y colaboradora; normohidratada; normocoloreada. Eupneica en reposo. Exploración por aparatos y sistemas anodina salvo en la exploración abdominal en la que destaca masa palpable dolorosa a la presión profunda que ocupa todo el hemiabdomen inferior. Analítica sanguínea: hemoglobina 10,4, hematocrito 32, glucemia 133, creatinina 1,39, urea 50. Resto sin alteraciones. TAC abdominopélvico: Masa quística politabicada sin evidencia de polos sólidos, probablemente dependiente de ovario derecho. Formación quística anexial izquierda de 30 × 28 cm. Quiste de lóbulo hepático de 10 cm. No otras lesiones focales hepáticas sospechosas. Líquido libre en epigastrio en escasa cuantía. No se evidencian otras anormalidades pélvicas ni inguinales.

Juicio clínico: Neoplasia de ovario.

Diagnóstico diferencial: Endometriosis, hematómetra, piometra, absceso tuboovárico, absceso colónico-intestinal, otras neoplásicas digestivas.

Comentario final: Debemos recordar, por tanto, que existen disneas cuya etiología de origen puede ser atípica, una exhaustiva anamnesis y exploración por aparatos y sistemas pueden ayudar a esclarecer el amplio diagnóstico diferencial que presenta esta entidad. Se pone de relevancia que las disneas atípicas son menos frecuentes, pero podemos encontrarlas en nuestra práctica clínica diaria.

Bibliografía

Parrilla M, López MV, Valls O. Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales. Editorial Ciencias Médicas; 2016; p. 261-72.