



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2680 - No todo es crónico

E. Méndez Rodríguez^a, R. Cuadra San Miguel^b, B. Peleteiro Cobo^c, J. Capón Álvarez^d, V. Lumbreras González^d, J. Martínez de Mandojana Hernández^d, Á. Morán Bayón^e, Á. Díaz Rodríguez^f, E. García Noeda^g y O. Mahmoud Atoui^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar. Centro de Salud Bembibre. León. ^bMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Ponferrada II. León. ^cMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Bembibre. León. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Bembibre. León. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. ^fMédico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Lípidos de SEMERGEN. ^gMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. Pico Tuerto. León. ^hMédico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años. Síndrome coronario agudo sin elevación de ST hace 1 mes objetivándose enfermedad coronaria de un vaso e implantándose stent farmacoactivo en coronaria derecha media. En tratamiento con: pantoprazol 40 mg, paracetamol 1 g, Disgren 300 mg, Brilique 90 mg, atorvastatina 80 mg, Trankimazin 0,25 mg. Acude a nuestra consulta por continuar con disnea y dolor torácico atípico, desde su ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: BEG: BEG, consciente y orientado. TA: 106/64. Afebril. Eupneico. AC: rítmico, sin soplos. AP: disminución generalizada del murmullo vesicular con crepitantes aislados, en bases pulmonares. No complicaciones en zona de punción. No edemas. ECG: Ritmo sinusal de frecuencia 95 lpm. Hemibloqueo anterior izq. Bloqueo incompleto en la rama daca del haz de Hiss. Analítica: hemograma normal, bioquímica: urea 51, ácido úrico 8,1, colesterol 214, triglicéridos, 239, HDL 24, LDL 142. Resto normal. Rx tórax: bulla en lóbulo inferior izquierdo, con nivel hidroaéreo.

Juicio clínico: Absceso pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Quiste hidatídico. Empiema. Cardiopatía isquémica.

Comentario final: Paciente en seguimiento por el servicio de cardiología, los cuales relacionaban la sintomatología del paciente con secuelas de la cardiopatía isquémica. Tras ser valorado en nuestra consulta de AP y solicitada la Rx de tórax, se deriva a neumología para estudio. El paciente en un primer momento se diagnosticó de quiste hidatídico abierto a árbol bronquial en tratamiento con albendazol. Tras una nueva revaluación se diagnostica de absceso pulmonar cambiando el tratamiento a moxifloxacino, con mejoría clínica del paciente. En todos los pacientes crónicos es muy importante la exploración y la reevaluación de sus síntomas, para diferenciar los síntomas crónicos asociados a su patología de base. Y no caer en la inercia de "culpar" a su enfermedad crónica de todos los síntomas del paciente. Y para finalizar hacer énfasis en los datos analíticos del paciente, con un HDL muy bajo y LDL muy por encima de sus objetivos, aunque es pronto para una valoración analítica, ya que solo ha pasado un mes, tendremos que realizar un seguimiento estricto para controlar a nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. SmFYC. 4^a edición, 2011.
2. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, Tsavlis D, Kioumis I, Kosmidis C, Tsakiridis K, Mpakas A, Zarogoulidis P, Zissimopoulos A, Baloukas D, Kuhajda D. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. Ann Transl Med. 2015.